



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

# DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES PERANTE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça





INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE VIANA DO CASTELO

Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça

# DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES PERANTE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Trabalho efectuado sob a orientação do  
Professor Doutor Luís Graça

Abril de 2016



## RESUMO

A pessoa em situação crítica está mais suscetível a desenvolver úlceras de pressão (UP). A prevenção das mesmas torna-se essencial, sendo que as atitudes dos enfermeiros podem influenciar esta prevenção.

O presente estudo tem como objetivo analisar os fatores determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos (CI) polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão.

Desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional, tendo por base um modelo não experimental. É um estudo transversal, com uma amostra de 107 enfermeiros de 6 Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIPs).

O instrumento de colheita de dados foi o questionário e a escala *Attitude Towards Pressure Ulcers Tool* (APU), na versão portuguesa de Margarida Batista, constituída por 22 itens, sendo que a maiores valores correspondem atitudes menos positivas. Para a análise das medidas de associação definiu-se um nível de significância de 5%.

A amostra é maioritariamente constituída por mulheres (68,2%). As idades variam entre 27 e 61 anos, com média de  $36,47 \pm 6,644$  anos. Predominam os licenciados (89,7%), 84,1% têm formação específica em feridas / úlceras de pressão e 34,6% possuem formação específica na área de cuidados intensivos.

Sobre os conhecimentos gerais dos enfermeiros, os mais adequados correspondem às questões relativas à Nutrição, Pele e Dispositivos médicos e Escalas de avaliação do risco. Os conhecimentos mais baixos são relativos aos Graus das úlceras de pressão, à Humidade e às Proeminências Ósseas. A maioria dos enfermeiros revela ter conhecimentos sobre políticas da instituição sobre úlceras de pressão.

As atitudes dos enfermeiros da amostra são positivas (com médias a variar entre 1,22 e 2,28), com piores atitudes na dimensão “Importância” (com média de  $1,94 \pm 0,345$ ) e melhores atitudes nas dimensões “Confiança na eficácia” (com média de  $1,48 \pm 0,41$ ).

As atitudes são influenciadas por alguns fatores, tais como o tempo que decorreu desde a última formação em feridas/UP, “pressão” dos colegas para que a prevenção seja eficaz, suporte institucional, conhecimentos e formação específica em cuidados intensivos.

Para a dimensão “Importância da prevenção das úlceras de pressão” e para a escala geral, quanto menos anos decorreram até à última formação, as atitudes são mais positivas ( $p = -0,271$  e  $\text{sig} = 0,014$ ;  $\rho = -0,222$  e  $\text{sig} = 0,045$ , respetivamente). Os enfermeiros que percecionam “pressão” por parte dos colegas têm mais “Confiança na eficácia” ( $t = -2,182$ ;  $df = 105$ ;  $\text{sig} = 0,031$ ). Os enfermeiros que têm perceção que existe suporte institucional apresentam atitudes mais positivas na dimensão “Competências Pessoais” ( $t = -3,023$ ;  $df = 73,813$ ;  $\text{sig} = 0,003$ ).

Na generalidade das perguntas acerca dos conhecimentos dos enfermeiros: para maiores conhecimentos, atitudes mais positivas.

Enfermeiros com formação específica em cuidados intensivos têm atitudes mais positivas relativamente à “Confiança na eficácia” e “Competências Pessoais” ( $t = -2,352$ ,  $df = 105$ ,  $\text{sig} = 0,021$ ;  $t = -2,296$ ,  $df = 105$ ,  $\text{sig} = 0,024$ , respetivamente).

Palavras-chave: Úlcera por Pressão; Cuidados Críticos; Prevenção Primária; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Enfermagem.

## ABSTRACT

The critically ill patient is more susceptible of developing pressure ulcers (PU). This way, prevention becomes essential, and the nurse's attitudes can influence this prevention.

The objective of the present study is to analyse the determinant factors of the intensive care (IC) nurses attitudes towards the pressure ulcer prevention.

A descriptive-correlational study was developed based on a non-experimental model. It is a transversal study with a sample of voluntaries with 107 nurses of 6 general intensive care units (ICUs).

The instrument for the data collection was the questionnaire and the scale *Attitude Towards Pressure Ulcers Tool* (APU), in the Portuguese version of Margarida Batista, constituted of 22 items, with bigger values corresponding to less positive attitudes.

For the analysis of the associated measures it was defined a significance level of 5%. The sample is mostly constituted by woman (68,2%). The age varies between 27 and 61 years old, with a median of  $36,47 \pm 6,644$  years old. The degree holders prevail (89,7%) and 84,1% have specific training in wounds/pressure ulcers.

About the nurse's general knowledge, the more adequate correspond to the questions relative to Nutrition, Skin and medical devices and risk analysis scales. The lowest knowledge is relative to Pressure ulcer grading, the Humidity and Bony prominences. The majority of the nurses reveals having knowledge about the institutional guidelines about pressure ulcers.

The nurse's attitudes in the sample are positive (with medians ranging between 1,22 and 2,28) with worse attitudes on the dimension "Importance" (with medians of  $1,94 \pm 0,345$ ) and better attitudes on the dimension "Confidence in efficacy" (with medians of  $1,48 \pm 0,41$ ).

The attitudes are influenced by some factors, like the time since the last training in wounds/pressure ulcers, peer "pressure" towards effective prevention, institutional support, knowledge and specific training in intensive care.

For the dimension "Importance of the prevention of pressure ulcers" and for the general scale, how many less years have passed until the last training, more positive attitudes ( $\rho = -0,271$  and  $\text{sig} = 0,014$ ;  $\rho = -0,222$  and  $\text{sig} = 0,045$ , respectively).

The nurses that percept peer “pressure” from their colleagues have more “Confidence in Efficacy” ( $t = -2,182$ ;  $df = 105$ ;  $sig = 0,031$ ).

The nurses that have the perception that institutional support exists, also show more positive attitudes on the “Personal Competences” dimension ( $t = -3,023$ ;  $df = 73,813$ ;  $sig = 0,003$ ).

On the majority of the questions about nurse’s knowledge: for more knowledge, more positive attitudes.

Nurses with specific training in intensive care have more positive attitudes relatively to “Confidence in Efficacy” and “Personal Competences” ( $t = -2,352$ ,  $df = 105$ ,  $sig = 0,021$ ;  $t = -2,296$ ,  $df = 105$ ,  $sig = 0,024$ , respectively).

Key-words: Pressure Ulcer; Critical Care; Primary Prevention; Health Knowledge, Attitudes, Practice; Nursing.



## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Luís Graça pelo incentivo, dedicação, empenho, estímulo constante, preocupação e acompanhamento.

Aos colegas de trabalho, pelo crescimento enquanto profissional, pelo interesse pelos Cuidados Intensivos, por serem modelos de comportamento, pelo apoio e incentivo ao longo de todo o processo, em especial ao Jorge e à Manuela.

Aos colegas de Mestrado e amigos, em especial ao “grupo de Gaia” (Andreia, André e Franclim).

À minha família e amigos, pelas ausências durante o projeto e pelo estímulo para a sua conclusão.

A todos os envolvidos no processo para a obtenção de dados para o estudo (funcionários dos Conselhos de Administração dos diversos hospitais, enfermeiros-chefes das unidades de cuidados intensivos e enfermeiros das mesmas, que responderam ao questionário).

Obrigada a todos.



## **SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS**

**APACHE** - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

**APU** - Attitude Towards Pressure Ulcers

**APu-PT** - Attitude Towards Pressure Ulcers, versão Portuguesa

**CI** - Cuidados Intensivos

**CIPE** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EPUAP** - European Pressure Ulcer Advisory Panel

**NPUP** - American National Pressure Ulcer Advisory Panel

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**PPPIA** - Pan Pacific Pressure Injury Alliance

**SNS** - Sistema Nacional de Saúde

**UCI** - Unidade de Cuidados Intensivos

**UCIP** - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

**UP** - Úlcera de Pressão



## SUMÁRIO

RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	v
AGRADECIMENTOS .....	vii
SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS .....	ix
SUMÁRIO.....	xi
ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS .....	xv
INTRODUÇÃO.....	17
1. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	21
1.1. Organização dos Cuidados Intensivos.....	21
1.2. Enfermagem em Cuidados Intensivos .....	24
1.3. Bases teóricas que sustentam a prática .....	26
2. AS ÚLCERAS DE PRESSÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM.....	29
2.1. Aspetos biológicos das úlceras de pressão .....	30
2.1.1. Incidência e prevalência das úlceras de pressão .....	34
2.2. Avaliação das Úlceras de Pressão .....	36
2.3. Prevenção das úlceras de pressão .....	38
2.3.1. Avaliação estruturada do risco .....	40
2.3.2 Avaliação da pele e dos tecidos.....	44
2.3.3. Cuidados Preventivos com a pele.....	45
2.3.4. Nutrição .....	46
2.3.5. Reposicionamentos e mobilizações precoces .....	48
2.3.6. Superfícies de apoio.....	49
2.4. Tratamento.....	50
2.5. Úlceras de pressão no doente crítico .....	51
2.6. Atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras de pressão .....	52

2.6.1. Fatores e barreiras que influenciam a prevenção das úlceras de pressão.....	57
2.6.2. Conhecimentos e atitudes.....	61
3. METODOLOGIA .....	65
3.1. Finalidades e Objetivos .....	65
3.2. Tipo de estudo .....	66
3.3. População e amostra.....	67
3.4. Hipóteses de investigação .....	69
3.5. Variáveis em estudo .....	70
3.6. Instrumento de colheita de dados .....	71
3.6.1. Construção do instrumento.....	72
3.6.2. Pré-teste .....	73
3.6.3. Qualidades psicométricas da escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT” .....	73
3.7. Tratamento de dados .....	75
3.8. Considerações Éticas.....	76
4. RESULTADOS .....	79
4.1. Caracterização sociodemográfica.....	79
4.2. Caracterização Socioprofissional .....	80
4.3. Formação e Conhecimentos sobre as úlceras de pressão .....	83
4.4. Conhecimentos sobre políticas da instituição sobre úlceras de pressão.....	86
4.5. Atitudes na prevenção de úlceras de pressão .....	87
4.6. Análise da associação entre características da amostra e atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão .....	88
4.6.1. Associação entre características sociodemográficas e atitudes.....	88
4.6.2. Associação entre características socioprofissionais e atitudes.....	90
4.6.3. Associação entre características de formação e conhecimento e as atitudes ....	94
4.6.4. Associação entre os conhecimentos sobre políticas da instituição sobre úlceras de pressão e atitudes.....	99

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	105
6. CONCLUSÕES .....	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	123

## ANEXOS

ANEXO A - Autorização para a utilização do “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT”

ANEXO B - Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT

ANEXO C - Parecer da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

ANEXO D - Parecer da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

ANEXO E - Parecer do Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

ANEXO F - Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

ANEXO G - Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

ANEXO H - Autorização do Conselho de Administração Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação

## APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função do “Sexo”

APÊNDICE 2 - Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função das “Habilitações Académicas”

APÊNDICE 3 - Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função das “Habilitações Profissionais”

APÊNDICE 4 - Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função do “Trabalho em Outros Serviços”

APÊNDICE 5 - Resultados do Teste de Levene e avaliação da correlação entre a variável “Formação específica em Cuidados Intensivos” e a APu-PT

APÊNDICE 6 - Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da “Formação específica na área de feridas/UP”

APÊNDICE 7 - Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da “Duração da formação específica na área de feridas/UP”

APÊNDICE 8 - Pressupostos dos testes paramétricos para o tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/UP.

APÊNDICE 9 - Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas”

APÊNDICE 10 – Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente”

APÊNDICE 11 - Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas”

APÊNDICE 12 - Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz”

APÊNDICE 13 - Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional”

APÊNDICE 14 – Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado”

APÊNDICE 15 - Questionário e escala utilizados para a avaliação dos determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes para a prevenção de UP

APÊNDICE 16 - Consentimento Informado



## ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

### TABELAS

Pág

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas.	80
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos enfermeiros conforme as características socioprofissionais..	82
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos enfermeiros quanto aos conhecimentos/conceitos gerais sobre UP .....	84
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos enfermeiros quanto à construção da formação em UP/CI ...	86

### QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Alfa de Cronbach dos fatores da escala de atitudes .....	74
<b>Quadro 2</b> – Distribuição dos enfermeiros conforme as suas perspetivas quanto à política institucional e do serviço relativamente às UP .....	87
<b>Quadro 3</b> – Caracterização da amostra quanto às atitudes perante a prevenção de UP .....	88
<b>Quadro 4</b> – Análise das diferenças das atitudes em função do sexo (Teste de t).....	89
<b>Quadro 5</b> – Análise da correlação entre a Idade e as dimensões da APu-PT, e a idade e a APu-PT (global) .....	89
<b>Quadro 6</b> – Análise das diferenças das atitudes em função das habilitações académicas	90
<b>Quadro 7</b> – Análise das diferenças entre grupos (ANOVA).....	91
<b>Quadro 8</b> – Análise das diferenças das atitudes em função do trabalho noutros serviços .	92
<b>Quadro 9</b> – Análise da correlação entre os anos de experiência profissional e as dimensões da APu-PT e os anos de experiência profissional e a APu-PT (global) .....	93
<b>Quadro 10</b> – Análise da correlação entre os anos de trabalho no presente serviço e as dimensões da APu-PT e entre os anos de trabalho no presente serviço e a APu-PT (global)	93

<b>Quadro 11</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da formação específica em cuidados intensivos .....	94
<b>Quadro 12</b> – Análise da correlação entre os conhecimentos e as dimensões da APu-PT e os conhecimentos e a APu-PT (global) .....	96
<b>Quadro 13</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da formação específica em feridas/UP.....	97
<b>Quadro 14</b> – Análise da correlação entre a duração da formação específica na área de feridas/UP e as dimensões da APu-PT e a duração da formação específica na área de feridas/UP e a APu-PT (global) .....	98
<b>Quadro 15</b> – Análise da correlação entre o ano da última formação específica na área de feridas/UP e as dimensões da APu-PT e o ano da última formação específica na área de feridas/UP e a APu-PT (global) .....	99
<b>Quadro 16</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem guidelines institucionais específicas” .....	100
<b>Quadro 17</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente	101
<b>Quadro 18</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas .....	101
<b>Quadro 19</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz .....	102
<b>Quadro 20</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional .....	103
<b>Quadro 21</b> – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado .....	104

## INTRODUÇÃO

As úlceras de pressão constituem um problema que preocupa os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, pelas complicações que trazem para o doente, pela carga de trabalho para os profissionais, pelo impacto nos cuidados e na família do doente com UP.

As úlceras de pressão constituem uma das lesões iatrogénicas mais frequentemente reportadas nos países desenvolvidos. São feridas crónicas que têm um “(...) impacto negativo na vida diária dos 4 milhões de indivíduos da União Europeia que desenvolvem anualmente uma ferida e os 1,5-2,0 milhões que, de acordo com os dados de prevalência, vivem com feridas” (Afonso [et al], 2014). Acarretam sofrimento e impacto negativo na qualidade de vida dos doente e cuidadores, podendo incluir um desfecho fatal para os primeiros.

O tratamento das úlceras de pressão é dispendioso e estas são um indicador da qualidade dos cuidados e segurança do doente. Sendo um problema recorrente em Portugal, cerca de 95% podem ser evitadas através da identificação precoce do grau de risco, do conhecimento da sua etiologia e dos fatores de risco para o seu surgimento (Direção Geral de Saúde – DGS, 2011). Para Batista (2012) a percentagem de úlceras de pressão não evitáveis corresponde a algumas situações de doença crítica, de impossibilidade de cumprimento de uma alimentação correta e reposicionamento.

Ainda segundo a DGS (2011), a prevalência média de úlceras de pressão é de cerca de 11,5% e os doentes com úlceras de pressão têm o número de dias de internamento aumentados e com readmissões, o que causa impacto financeiro no Sistema Nacional de Saúde (SNS).

Conhecendo esta problemática, torna-se essencial prevenir o surgimento das mesmas. Segundo as *guidelines* da NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014), a prevenção deve centrar-se na redução da quantidade/duração das forças de pressão, fricção e torção. Para que esta e outras orientações padronizadas de prevenção de úlceras de pressão sejam cumpridas, é essencial a formação dos técnicos de saúde envolvidos no seu diagnóstico e tratamento (Gaspar [et al], 2010, citados por Batista, 2012). Os enfermeiros, como profissionais de

saúde que passam mais tempo em contacto direto com o doente, são fundamentais para a avaliação e manutenção da integridade cutânea do mesmo. No entanto, apesar das *guidelines* que têm surgido, diferentes estudos a nível internacional têm demonstrado não só falhas na formação por parte dos enfermeiros, como uma discrepância entre a teoria e a prática (Hulsenboom [et al], 2007; Pancorbo - Hidalgo [et al], 2006; Moore & Price, 2004). Segundo Grol e Wensing (2004), citados por Beeckman [et al] (2010), uma das razões para a prevenção ineficaz das úlceras de pressão e para os números de prevalência elevados prende-se com as próprias atitudes dos profissionais.

Torna-se assim essencial a disponibilização de ferramentas científicas que permitam aumentar a compreensão acerca das atitudes dos enfermeiros perante a prevenção das úlceras de pressão.

A consciência dos factos acima descritos despertou o interesse em estudar de forma mais aprofundada a problemática, sendo também uma área de interesse desde o início do percurso profissional da autora. O campo de conhecimento é o da prevenção das úlceras de pressão, nomeadamente o modo como os enfermeiros de cuidados intensivos se posicionam perante a mesma.

Deste modo, e para o presente estudo, formulou-se a seguinte questão de investigação de partida: “Quais os determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão?”. Em conformidade com esta questão, traçou-se o seguinte objetivo geral: “Analisar determinantes socioprofissionais associados às atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão”.

Relativamente à justificativa da pesquisa, considera-se que esta tem uma importância elevada, pelos contributos que pode trazer para melhorar a perceção da dimensão do problema e para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, poder-se-á conhecer quais as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção das úlceras de pressão e melhorar as mesmas, de modo a que os cuidados sejam mais dirigidos e efetivos. Poderá ainda contribuir para consciencializar os enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes acerca das suas atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão.

O valor teórico do estudo relaciona-se com o facto de ser uma área pouco estudada em Portugal, uma vez que a validação e adaptação transcultural da escala “Attitude Towards Pressure Ulcers” (APU) apenas foi efetuada em 2012 e publicada em formato de artigo em Julho de 2013, sendo que Batista [et al] (2013) referem que a escala pode ser utilizada de forma segura em futuras pesquisas científicas na área da investigação.

Também a nível internacional, observando grande produção científica ao nível das úlceras de pressão, o número de estudos acerca das atitudes de prevenção das mesmas é escasso.

O trabalho está dividido em 6 capítulos. No primeiro aborda-se o cuidar à pessoa em situação crítica, onde se foca a organização das unidades de cuidados intensivos, a enfermagem de cuidados intensivos e as bases teóricas que sustentam a prática. No segundo, as UP e o cuidado de enfermagem, onde se abordam os aspetos biológicos das UP, a prevenção, o tratamento, as UP no doente crítico e as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP. O terceiro capítulo refere-se à metodologia, que inclui as finalidades e objetivos, tipo de estudo, população e amostra, hipóteses de investigação, variáveis em estudo, instrumento de colheita de dados, tratamento de dados e considerações éticas. O quarto capítulo é relativo aos resultados, com a caracterização sociodemográfica, caracterização socioprofissional, formação e conhecimentos sobre as UP, conhecimentos sobre políticas da instituição sobre UP, atitudes na prevenção de UP e análise de associação entre características da amostra e atitudes perante a prevenção da UP. O quinto capítulo alude à discussão dos resultados, seguindo-se as conclusões sustentadas nos resultados da investigação (sexto capítulo) e as referências bibliográficas.



## **1. CUIDAR A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**

A pessoa em situação crítica apresenta disfunção ou falência de um ou mais órgãos e/ou sistemas, dependendo de meios avançados de monitorização, terapêutica e intervenção de pessoal especializado. A Ordem dos Enfermeiros (OE) define a pessoa em situação crítica como a que “(...) apresenta a sua vida ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento nº 124/2011, p. 1). Para o sucesso e recuperação da mesma, é essencial a intervenção do enfermeiro, como cuidador altamente qualificado, para dar resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total (idem). O trabalho do enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica insere-se, na sua maioria, numa unidade de cuidados intensivos (UCI), pelo que é importante conhecer a organização da mesma, bem como os cuidados de enfermagem efetuados e as bases teóricas que sustentam a prática.

### **1.1. Organização dos Cuidados Intensivos**

O conceito de cuidados intensivos nasceu de um processo logístico desenvolvido durante a Guerra da Crimeia, por Florence Nightingale, com a aplicação de medidas de redução da taxa de infeção e com a ideia de que o doente com risco iminente de morte e necessidade de cuidados ininterruptos necessitaria de observação direta. Florence Nightingale, segundo Viana (2011), mantinha estes doentes junto do posto de enfermagem, favorecendo os cuidados imediatos e observação constante. A história das unidades evolui com os avanços tecnológicos, nomeadamente com os cuidados aos doentes em pós-operatório de cirurgias neurológicas e após a II Guerra Mundial. Na década de 50 do século XX estes avanços tecnológicos permitiram manter a vida a doentes com falência orgânica. Para tal, criaram-se locais onde a tecnologia, o conhecimento e a estrutura organizacional permitissem realizar esses cuidados: as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

As UCI são áreas onde se exerce a Medicina Intensiva, vista como uma “(...) área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, que aborda especificamente a

prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doentes em condições fisiopatológicas que ameaçam ou apresentam falência de uma ou mais funções vitais, mas que são potencialmente reversíveis” (DGS, 2003, p. 5). Os cuidados prestados nestes serviços são multidisciplinares, com o fim último de suportar e recuperar funções vitais do doente crítico (através do tratamento da doença), mas perspetivando uma vida com qualidade. A Medicina Intensiva pode ser desenvolvida nos seus espaços físicos ou através da colaboração nouro tipo de atividades, tais como vias de acesso preferencial (como por exemplo as vias verdes), apoio às salas de emergência e nas equipas de emergência intra-hospitalar (Penedo [et al], 2013).

Estas unidades podem ser definidas em função de três critérios major: prática clínica, avaliação e investigação (idem). A prática clínica corresponde a ações e procedimentos (humanos e instrumentais) de monitorização, avaliação, diagnóstico e tratamento, em função das necessidades do doente, 24h por dia. A avaliação centra-se na função atribuída a cada UCI, de acordo com a sua missão. Com a análise de variáveis (como a natureza dos doentes admitidos, a taxa de sobrevida, a capacidade de recuperação das funções vitais, a disponibilidade e a capacidade para dar resposta às necessidades), quando feita de acordo com os objetivos, permite definir os recursos necessários para cada unidade, bem como avaliar o respetivo desempenho. A investigação centra-se na compreensão de diversas doenças, acumular de experiência e enriquecer saberes.

As UCI podem, então, ser definidas como “(...) locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (DGS, 2003, p. 6). O nível de desempenho dos profissionais que lidam com o doente crítico e os recursos consumidos com estes doentes exigem que a gestão dos mesmos seja profissionalizada, dedicada e com preparação específica para esse fim. Em Portugal, até 2003, a “(...) criação, organização e evolução dos Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos nunca obedeceram a normas específicas, ou planos estratégicos de saúde” (DGS, 2003, p. 7), mas sim de acordo com as necessidades, perceções locais e recursos financeiros. A partir desta data, com o documento “Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento”, conheceram-se os recursos portugueses, de modo a rentabilizar os mesmos e a planear em função das necessidades.

O modelo de organização institucional de cada UCI deve ser definido em consonância com a missão da instituição e do serviço. Todavia, neste momento, pode-se constatar que os



cuidados intensivos são uma área polivalente e multidisciplinar, cuja disponibilidade de camas é proporcional às necessidades da população da área hospitalar. São, também, dotados de recursos humanos qualificados e treinados (disponíveis 24h) e com equipamentos adequados às necessidades.

Em Portugal, as unidades de cuidados intensivos tiveram o seu início em 1959, sendo classificadas em três níveis (DGS, 2003): Nível I – Centra-se na monitorização (normalmente não invasiva) e é capaz de assegurar as manobras de reanimação e a articulação com outros serviços/unidades de nível superior; Nível II – Tem capacidade de monitorização invasiva e de suporte de funções vitais, podendo não proporcionar acesso a meios de diagnóstico e especialidades médico-cirúrgicas diferenciadas, pelo que se deve garantir a sua articulação com unidades de nível superior. Deve, também, ter acesso permanente a médico com preparação específica; Nível III.

As unidades de nível I também podem ser designadas por Unidade de Cuidados Intermédios e as de nível II tendem, nos últimos anos, a serem fundidas funcionalmente (ou trabalhareem integradas) em UCI de nível III (Penedo [et al], 2013).

Nos hospitais portugueses, as unidades de cuidados intensivos apenas devem ser classificada no nível III, a que

“ (...) corresponde aos denominados Serviços de Medicina Intensiva/Unidades de cuidados intensivos, que devem ter, preferencialmente, quadros próprios ou, pelo menos, equipas funcionalmente dedicadas (médica e de enfermagem), assistência médica qualificada, por intensivista, e em presença física nas 24 horas; pressupõe a possibilidade de acesso aos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica necessários; deve dispor ou implementar medidas de controlo contínuo de qualidade e ter programas de ensino e treino em cuidados intensivos; constitui o Serviço ou Unidade típica dos hospitais com Urgência Polivalente” (DGS, 2003, p. 8).

Estes Serviços/Unidades de Cuidados Intensivos (nível III) são, por norma, polivalentes. Isto é, são capazes de assegurar os cuidados integrais para com os doentes, ainda que, muitas vezes, em colaboração.

Segundo a norma supra citada, os requisitos humanos mínimos para as UCI são de presença física de um médico qualificado nas 24h e, no mínimo, um enfermeiro com treino específico por cada duas camas, nas 24h. Porém, estes serviços reconhecem-se pela sua identidade, autonomia funcional, missão e liderança, pelo que para além dos recursos humanos, devem ter dimensão e características arquitetónicas adequadas e equipamento adequado à sua função.

Em Portugal, em 2013, existiam 61 Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes (UCIP) – de Nível I, II e III, 19 das quais na região Norte. Estas UCIPs apresentam 437 camas de Nível II e III, 149 das quais são no Norte (Penedo [et al], 2013, p. 67 e 68).

No contexto destas unidades complexas e plenas em tecnologia e desenvolvimento, a atuação do enfermeiro é fundamental. O papel do mesmo nas UCI irá ser explanado a seguir.

## **1.2. Enfermagem em Cuidados Intensivos**

A enfermagem de cuidados intensivos, segundo Urden [et al] (2008), apenas se organizou como especialidade há menos de 40 anos. Os enfermeiros (no seio da equipa multidisciplinar) vigiam, monitorizam, cuidam e minimizam complicações do doente durante 24h. Este facto justifica, como já referido acima, um rácio habitual de 1 enfermeiro para 2 doentes. Na norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, “A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil e competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir níveis de segurança e qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (...)” (REGULAMENTO nº 533/2014, p. 3047). Ainda segundo este documento, as horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia em UCI são de 19,94h (p. 30250), havendo fórmulas para o cálculo das dotações, embora com a permissão que o cálculo da dotação de enfermeiros não se pode limitar ao critério do número de horas ou tempos médios para cada procedimento. O estabelecimento de um rácio apropriado também deve considerar as “(...) competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar” (p. 3047).

Compreender o papel do enfermeiro no tratamento da pessoa em situação crítica é essencial, uma vez que o mesmo é importante na dinâmica de equipa. O perfil de um enfermeiro intensivista passa por ter uma visão holística e desenvolver “(...) habilidades, competências e conhecimentos específicos de situações clínicas ou cirúrgicas ameaçadoras da vida (...)” (Souza, 2010, p. 2). Estas competências, segundo o mesmo autor, são construídas ao longo do trajeto profissional do trabalhador, para adaptação ao processo produtivo, mas também, para a promoção da humanização do cuidado, na sua dimensão ética. A competência do enfermeiro intensivista passa pelo “saber fazer”, mas também o

“saber agir”, com responsabilidade. O objetivo último do enfermeiro de cuidados intensivos é o de promover ótimos resultados a doentes e familiares.

Devido aos crescentes desafios no dia-a-dia de uma unidade de cuidados intensivos, à sua competitividade e exigência de qualidade, surge uma necessidade de aperfeiçoamento, devendo os enfermeiros manter uma formação contínua. Esta terá de ocorrer devido aos contantes avanços tecnológicos, mas também como promoção de um desenvolvimento pessoal adequado. Segundo Viana (2011, p. 50) “(...) a formação é promotora da qualificação, permitindo a aquisição de novas competências (...)”. Segundo esta mesma autora, um enfermeiro que atue nesta área deve apresentar uma formação sólida, diferenciada e qualificada, agregando a experiência pessoal e profissional adquiridas ao longo da carreira. A complexidade do trabalho dos enfermeiros de cuidados intensivos aponta para a responsabilidade da formação em serviço, onde cada um deve desenvolver capacidades de atuação resolutiva e reflexiva frente a situações mais comuns, mas também identificar situações imprevisíveis. Todavia, esta última mostra-se insuficiente, tendo o enfermeiro que possuir conhecimentos adequados e atualizados, em diversas áreas.

O reconhecimento da elevada qualificação necessária para prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica levou à criação, em 2010, pela OE, do regulamento que define as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Este documento define competências e critérios de avaliação que permitem estabelecer o perfil necessário aos profissionais desta área para adequadamente cuidar da pessoa em situação crítica. O enfermeiro especialista deve prestar cuidados em resposta às necessidades afetadas, permitindo manter as funções básicas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, com vista à recuperação total da pessoa. Estes cuidados implicam observação, colheita e procura de dados para continuamente conhecer a situação da pessoa, prever e detetar complicações e assegurar uma intervenção “(...) precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (REGULAMENTO nº 124/2011 p. 8656). A deteção e prevenção de complicações é um dos focos deste regulamento. Devido às técnicas invasivas, a pessoa em situação crítica está exposta a várias complicações, nomeadamente infeções e riscos associados à imobilidade, como a atrofia muscular ou as UP. O foco nas possíveis complicações e na prevenção de riscos tem de estar presente nas intervenções de enfermagem.

O risco de úlceras de pressão é uma realidade numa Unidade de Cuidados Intensivos, tendo a pessoa em situação crítica necessidades específicas de prevenção e tratamento de úlceras de pressão (NPUAP/EPUAP/PPPIA, 2014).

Para a realização de uma boa prática assistencial, os enfermeiros de cuidados intensivos deverão considerar, na sua atuação, “(...) o uso habitual e criterioso da comunicação, do conhecimento, de habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexões frente à prática quotidiana (...)” (Epstein e Hundert, 2002, p. 226). Estes aspetos são ferramentas de uma boa prática, mas deverão estar associadas ao desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas, integrativas, contextuais, relacionais, aspetos afetivo/morais e hábitos mentais.

A satisfação profissional do enfermeiro é fundamental para que a sua atuação seja realizada de modo autónomo e responsável. A insatisfação profissional, segundo Viana (2011), está relacionada com as más condições de trabalho, remuneração inadequada, deficiências no ambiente de trabalho (tais como falta de material e equipamentos), formação ou qualificações inadequadas. O desempenho dos profissionais está diretamente relacionado com o nível de motivação dos mesmos. Todavia, a produtividade destes não está apenas relacionada com a motivação, mas também com a boa formação e preparação e terem à sua disposição equipamentos, fármacos e tecnologia necessárias.

A atuação do enfermeiro de CI é fundamentada em bases teóricas, que irão ser explanadas se seguida.

### **1.3. Bases teóricas que sustentam a prática**

A investigação é essencial para a ligação entre teoria e prática (Basto, 2009). A investigação compreende, explica fenómenos e relaciona-os, contribuindo para o avanço da disciplina de Enfermagem. Nalguns destes fenómenos é de substancial importância a sua análise, por forma a demonstrar como fim último a necessidade dos cuidados de enfermagem como algo fundamental e imprescindível. A sua análise deverá estar assente no estudo teórico do fenómeno e na evidência científica do mesmo, bem como ser aceite quer por académicos, quer por profissionais que trabalham na prática (McCrae, 2011).

No caso da Enfermagem, a teoria inerente à disciplina é atravessada por quatro conceitos, denominados conceitos do metaparadigma: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Este conceito mantém-se até aos dias de hoje e na prática portuguesa estão subjacentes aos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” (2002), onde os mesmos são descritos e enquadram a enfermagem como disciplina e realidade prática dos cuidados de saúde.

Existem diversas teorias sobre enfermagem, mas refletindo sobre a prática da mesma em CI, esta centra-se na pessoa, com a execução de intervenções diversas, tais como a gestão de terapêutica, gestão da dor, utilização de meios de tratamento tecnologicamente avançados, mas também com o estabelecer da relação terapêutica com a pessoa e família, tendo também em atenção aspetos de controlo de infeção (REGULAMENTO n° 124/2011, 2011). Não é apenas uma teoria que orienta os cuidados, mas podem ser utilizados pressupostos de diversas teorias, conjuntamente ou face a cada pessoa haver necessidade de utilizar diferentes teorias. No entanto, devido à natureza dos cuidados e das situações clínicas, o que é mais frequente é a mobilização de pressupostos da teoria da escola das necessidades.

A prevenção de UP, por parte dos enfermeiros, baseia-se na intenção de orientar a assistência das pessoas hospitalizadas, é centrada no doente e tem de ter como base uma forte estrutura de conhecimentos. Como tal, a teoria de Faye Abdellah, que descreve a Enfermagem como uma ação para indivíduos, famílias e sociedade, sendo baseada na arte e ciência moldada nas atitudes, na competência intelectual e nas habilidades técnicas individuais do enfermeiro, visando o desejo e capacidade de ajudar pessoas (doentes ou saudáveis) a enfrentarem as suas necessidades de saúde (Suzanne M. Falco in George [et al], 2000), pode ser considerada orientadora dos cuidados preventivos das UP.

As premissas de Abdellah sobre a Enfermagem incluem o reconhecimento dos problemas de enfermagem da pessoa; a decisão sobre a ação a ser tomada pelo enfermeiro; atender continuamente às necessidades de saúde totais da pessoa; aliviar continuamente a dor e o desconforto, proporcionando segurança; adaptação do plano de cuidados de enfermagem para o preenchimento das necessidades da pessoa; auxílio à pessoa para esta se tornar mais auto-direccionada na obtenção de um estado mental ou corporal saudável; orientar a equipa de enfermagem e família para ajudar o que o indivíduo não pode fazer por si mesmo; ajudar a pessoa a adaptar-se às suas limitações e problemas emocionais; trabalhar com outros profissionais de saúde em termos de planeamento da saúde ideal; realizar avaliação

continua e pesquisa para a melhoria das técnicas de enfermagem e para o desenvolvimento de novas técnicas (Tomey e Alligood, 2002).

A teoria de Abdellah centra a Enfermagem no uso do método de resolução de problemas, havendo problemas chave relacionados com a necessidade de saúde das pessoas. Deste modo, o doente move-se em direção à saúde, que é o resultado esperado. Considera-se este método sistemático e orientado para os principais problemas do doente crítico. As funções de enfermagem eram consideradas as atividades que contribuíam para a solução desses mesmos problemas de enfermagem.

O elemento central na Teoria de Abdellah é a correta identificação dos problemas de enfermagem, sendo que estes estão classificados em três categorias principais: necessidades físicas, sociológicas e emocionais do doente; tipos de relações interpessoais entre o enfermeiro e doente; e elementos comuns de cuidado ao doente.

Posteriormente, estas três categorias foram alargadas para 21 grupos de problemas de Enfermagem (Wills e McEwen, 2007). Destes 21 grupos de problemas, salienta-se para a prevenção das UP os seguintes: Manter a boa higiene e o conforto físico; Promover a segurança pela prevenção de acidentes, lesões ou outros traumatismos e pela prevenção da disseminação de infeções; Manter a boa mecânica do corpo e prevenir e corrigir deformidades; Facilitar a manutenção do suprimento de oxigénio a todas as células do corpo; Facilitar a manutenção da nutrição a todas as células do corpo; Facilitar a manutenção das eliminações; Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições das doenças.

## 2. AS ÚLCERAS DE PRESSÃO E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

As úlceras de pressão são um problema comum no dia-a-dia dos doentes e dos profissionais de saúde, assumindo uma importância relevante por serem uma complicação que pode agravar o estado da pessoa em situação crítica. Esta, por si, apresenta um estado de saúde frágil e complexo, que com esta co-morbilidade poderá dificultar e agravar o mesmo. Apesar de existir uma preocupação crescente com a prevenção das UP, estas ainda apresentam taxas de incidência e prevalência elevadas, fazendo-nos questionar acerca do que pode estar a falhar em termos preventivos. Os cuidados de enfermagem assumem um papel fundamental neste âmbito, uma vez que podem fazer a diferença, em termos de uma prevenção eficaz.

Úlcera de pressão é, segundo a NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014, p. 9), uma “(...) lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção”. Para além destas forças, inúmeros outros fatores de risco estão na origem das mesmas. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define-as como um foco de atenção determinado como um dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidular e perfusão inadequada (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A existência de UP reflete a qualidade dos cuidados (especialmente os cuidados de enfermagem) e o nível de segurança hospitalar. O surgimento de UP reflete-se numa estadia hospitalar prolongada, aumento da dor e desconforto, insatisfação do doente e familiares e aumento dos custos hospitalares (Krupp & Monfre, 2015).

A ausência de UP é considerada um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem. Em alguns países já existe a responsabilização, revogação de licenças e coimas penalizando as instituições pelo desenvolvimento destas lesões (Afonso [et al], 2014).

Por outro lado, os doentes com úlcera de pressão têm um maior número de dias de internamento e readmissões, o que se traduz em maiores encargos financeiros para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2011).

Em 2007, a OE propôs indicadores para a prática a nível dos cuidados de saúde primários e hospitais. Estes pretendiam ser “(...) específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os

ganhos em saúde da população” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 2). Um dos focos indicado para a avaliação da qualidade é o da “Úlcera de pressão”, através da taxa de incidência, prevalência e de efetividade diagnóstica.

Para além disto, as UP são indicadas como um dos objetivos estratégicos delineados pelo Ministério da Saúde, no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, como resposta a orientações europeias sobre segurança no sistema de saúde. Este plano pretende, nos próximos 5 anos, que “(...) 95% das instituições prestadoras de cuidados de saúde implementem práticas para avaliar, prevenir e tratar úlceras de pressão” e “(...) reduzir em 50% face a 2014 o número de úlceras de pressão adquiridas nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (...)” (DESPACHO nº 1400-A/2015, 2015, p. 3882).

Como tal, é essencial conhecer os aspetos biológicos das mesmas, factos relativos à sua prevenção e tratamento (de modo a haver um correto diagnóstico e classificação destas lesões), bem como as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção das UP. Estes temas vão ser abordados neste capítulo.

## **2.1. Aspetos biológicos das úlceras de pressão**

As UP são feridas crónicas que, para a sua avaliação e gestão, exigem uma abordagem global e multidisciplinar (Alves in Afonso [et al], 2014), sendo para isso imprescindível o conhecimento da sua fisiopatologia. Os mecanismos fisiopatológicos presentes na génese das UP ainda não estão totalmente esclarecidos, embora se saiba que são multifatoriais. Estes mecanismos começaram a ser estudados nas últimas décadas. Os modelos conceptuais que inicialmente explicaram o surgimento de UP foram o de Braden e Bergstrom (1987) e DeFloor (1999).

O primeiro modelo engloba duas determinantes para a sua etiologia: a intensidade e duração da pressão; e a tolerância dos tecidos à mesma. A intensidade e duração da pressão estão relacionadas com a atividade diminuída, a mobilidade e perceção sensorial. A tolerância dos tecidos depende de fatores intrínsecos e extrínsecos (forças de fricção, torção, humidade, idade, pressão arteriolar e estado nutricional) (Benoit, 2013). Estes fatores integraram, posteriormente, a Escala de Braden.



O segundo modelo inclui o conceito de tolerância tecidual e de alterações no fornecimento e necessidades de oxigénio (DeFloor, 1999). O conceito de oxigenação tecidual é visto como um fator determinante na tolerância dos tecidos, podendo esta ser influenciada pela pressão arterial média, medicação e hemoglobina, ao alterar a capacidade para que o oxigénio chegue às células e remova os produtos nocivos. Dá ênfase, também, aos fatores que influenciam a distribuição da pressão (como o colagénio existente ou a área total por onde a pressão é distribuída) (Keller [et al], 2002).

Todavia, a principal causa das UP é a carga mecânica a que os tecidos são submetidos durante um tempo prolongado. As forças de pressão e deformação tecidual ocorrem com maior frequência sobre as proeminências ósseas, mas podem desencadear-se sobre tecidos moles submetidos às mesmas, continuamente (Afonso [et al], 2014). A fisiopatologia das UP envolve quatro momentos durante a aplicação de forças nos tecidos: a isquemia, o fluxo comprometido dos fluídos (intersticial e linfa), a lesão de reperfusão e a deformação celular persistente. Estes momentos provocam deformação tecidual, hipóxia (como consequência da isquemia e obstrução dos capilares), redução da temperatura local e interrupção da distribuição dos nutrientes.

A isquemia (e a consequente necrose) acontece principalmente devido à pressão que o corpo da pessoa exerce contra uma superfície de apoio. No entanto, as forças de torção, fricção e deslizamento também têm de ser consideradas na génese das UP, uma vez que estão frequentemente associadas às forças de pressão. Estas podem ser consideradas fatores de risco, os quais se associam ao aumento da probabilidade de ocorrência de uma doença ou complicação (World Health Organization, 2015).

Apesar das forças descritas serem os mecanismos principais na génese das UP, o “microclima” é outro fator de risco importante. Este é um conjunto de vários itens, tais como a temperatura, humidade da pele e circulação de ar entre pele e superfície de apoio (Clark [et al], 2011). Estes fatores devem ser tidos em conta, nomeadamente na escolha do colchão e tecidos da cama, bem como na avaliação do local para realizar o diagnóstico correto de uma UP, face a outras lesões cutâneas (como lesões por humidade) (DeFloor [et al], 2005).

Para além dos fatores de risco descritos, identificam-se outros intrínsecos e extrínsecos que intervêm no desenvolvimento das UP. Bergstrom (2005) e Alves [et al] (2013) referem que se encontram descritos mais de 100 fatores de risco de desenvolvimento de UP, tais como a

imobilidade, idade aumentada, sensibilidade diminuída, má perfusão dos tecidos, doenças cardíacas, diabetes e hipotensão, diminuição da tolerância tecidual, alterações cutâneas, dor, hábitos de consumo de substâncias ilícitas, fatores psicossociais, educação, categoria e abrangência da lesão, entre outros. Também Dealey (2006) refere que as úlceras de pressão surgem de uma combinação de fatores extrínsecos e intrínsecos. Os três fatores extrínsecos principais são a pressão, a torção ou deslizamento e a fricção. Os fatores intrínsecos são diversos, nos quais se inclui o estado geral de saúde, idade, mobilidade reduzida, déficit neurológico, mau estado nutricional, incontinência, perfusão de sangue insuficiente e algumas patologias.

A pressão (fator de risco principal) provoca lesão quando é superior à tensão capilar dos tecidos (cerca de 32 mmHg). O organismo aumenta o fluxo sanguíneo local (por forma a compensar esta pressão) e quando esta é aliviada, mantém-se uma área hiperemiada, que desaparece ao pressionar (eritema branqueável). Caso esta obstrução dos capilares seja demasiado prolongada, desenvolve-se necrose tecidular (Dealey, 2006).

A mobilidade reduzida conduz a uma menor capacidade de responder a estímulos dolorosos provocados pela pressão.

Os fatores de risco acima referidos são resumidos pela NPUAP/EPUAP/PPPIA (2014) em 8 categorias principais: indicadores nutricionais; fatores que afetam a perfusão e a oxigenação; humidade da pele; idade avançada; forças de torção e fricção; percepção sensorial; estado geral de saúde e temperatura corporal.

Os indicadores nutricionais são a hemoglobina, albumina sérica, medidas sobre o aporte nutricional e peso. O estado nutricional do doente liga-se ao tipo de tecido (nomeadamente subcutâneo), que serve de proteção da pele sujeita a pressão (Delay, 2006).

Os fatores que afetam a perfusão e a oxigenação incluem a diabetes, instabilidade cardiovascular/uso de epinefrina, baixa pressão arterial, índice de pressão tornozelo-braço e uso de oxigénio. Estes reduzem o afluxo de sangue à pele e tecidos e potenciam lesões por isquemia (Delay, 2006).

A humidade da pele refere-se à pele seca ou excessivamente húmida.

À idade avançada corresponde uma menor elasticidade da pele, devido à menor percentagem de colagénio (Delay, 2006).

As forças de torção acontecem quando há deslizamento da superfície onde o corpo está (como o colchão) contra a pele, provocando a deformidade dos vasos e comprometimento dos tecidos, levando ao cisalhamento dos mesmos. Este tipo de força pode provocar lesões dos tecidos profundos, antes de haver lesão externamente (“*deep tissue injury*”). Stekelenburg [et al] (2007) refere que uma pressão com estas características (durante 2 horas) é suficiente para provocar lesões irreversíveis. A fricção consiste no “roçar” da pele sobre as superfícies (que muitas vezes acontece quando o doente é arrastado sobre os lençóis), provocando a potenciação da torção, mas também a descontinuidade de vasos devido ao atrito provocado entre pele e lençóis, com consequente destruição da pele (Antokal [et al], 2012).

A percepção sensorial refere-se à capacidade do utente reagir significativamente ao desconforto relacionado com a pressão. Esta pode ser afetada pelas alterações neurológicas provocadas quer por lesões neurológicas, quer pelo uso de drogas depressoras do sistema nervoso central (Perissé, 2011).

O estado geral de saúde está associado às patologias que diminuem a tolerância da pele à pressão (Dealey, 2006).

Quanto à temperatura corporal, com a elevação da temperatura há um aumento no metabolismo tecidual e no consumo de oxigênio, ocorrendo desvitalização do tecido e sudorese, o que leva à maceração da pele (Cooper, 2013). Para além disto, os profissionais devem estar alerta quanto ao uso de roupas inadequadas nos doentes, hiperemias, atritos nas superfícies de apoio (como colchões com capa) que provoquem aquecimento, isolem e/ou conduzam calor para pele (Furtado, 2001).

Na pessoa em situação crítica, os fatores de risco presentes são múltiplos e não podem ser estudados individualmente (Coleman [et al], 2013). Esta diversidade de fatores, como o grau de dependência e as limitações associadas ao ambiente e ao utente (instabilidade hemodinâmica; restrição de movimentos por longos períodos; uso de sedativos e analgésicos, que dificultam a mobilidade do doente ou limitam a sua percepção sensorial), dificultam a avaliação do risco e contribuem para o aumentar do mesmo (Gomes [et al], 2011). Theaker [et al] (2000) reconheceu 25 fatores relacionados com o aparecimento de UP na pessoa em situação crítica, nos quais inclui perfusão de noradrenalina, valor do APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) II, incontinência fecal, anemia e o tempo de internamento. Keller [et al] (2002) identifica 14 fatores de risco

(usados em várias escalas de risco): número e duração de cirurgias, incontinência fecal, diarreia, proteínas e albumina séricas baixas, percepção baixa, humidade, má circulação, uso de inotrópicos, diabetes, imobilidade por instabilidade, mobilidade diminuída e um índice APACHE II elevado. Tschannen [et al] (2012) identificou fatores como o número de cirurgias realizados, o uso de vasopressores, o valor da Escala de Braden na admissão, baixo índice de massa corporal, doentes com APACHE II elevado e história de diabetes. Este autor não encontrou relação com a idade dos doentes.

Como foi descrito acima, o desenvolvimento das úlceras de pressão apresenta um carácter multifatorial e é um fenómeno preocupante nos cuidados de saúde. Como tal, o conhecimento da incidência e prevalência das UP torna-se essencial para a percepção do fenómeno e prevenção do mesmo. Estes aspetos vão ser abordados de seguida.

### **2.1.1. Incidência e prevalência das úlceras de pressão**

Apesar de a etiologia e a prevenção das úlceras de pressão serem questões alvo das políticas e das práticas dos profissionais, encontram-se elevados valores de prevalência e incidência por todo o mundo (mesmo em países desenvolvidos), o que pode sugerir uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação clínica do mesmo (Pini, 2012). A epidemiologia das úlceras de pressão varia entre países, a área onde o doente se encontra internado (lares, internamentos hospitalares, unidades de cuidados intensivos, domicílios, etc) e o método de recolha de dados.

A Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 4 e 5) define taxa de incidência como a “(...) relação entre o número total de novos de casos de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem surgidos durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período” e a taxa de prevalência como “(...) a relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período”. Nos vários documentos publicados pela DGS, esta reporta a definição de taxa de incidência para a definição dada pelo Instituto Nacional de Estatística (1999), como sendo o número de casos novos de uma doença numa população particular durante um período específico de tempo ou o número de ocorrências por x habitantes. Segundo a mesma fonte, a taxa de

prevalência é o número de casos existentes num determinado momento, numa população definida.

O primeiro estudo europeu multicêntrico de prevalência de UP foi realizado em 2001, elaborado pela EPUAP, sendo Portugal um dos países estudados, tendo-se observado uma taxa de prevalência de 12,5% de UP (Afonso [et al], 2014). Num estudo elaborado em 2004 pelo Instituto de Qualidade em Saúde, a taxa de prevalência de UP em ambiente hospitalar oscila entre 7 e 25%, com valores de taxa de incidência entre 2 a 13% (Afonso [et al], 2014).

Relativamente à taxa de prevalência de UP em Portugal, Costeira (2006) refere que em meio hospitalar apresenta valores de 17,4% em Medicinas, 7,1% em Cirurgias e 15,3% nas Urgências. Em 2007, aquando da validação nacional da escala de Braden, a prevalência foi de 31,3%. Após a implementação da escala, esta taxa reduziu para 19,3%.

Em 2012 foi realizado um estudo sobre prevalência de úlceras de pressão em hospitais da região norte de Portugal, no qual se concluiu que a taxa de prevalência geral de UP se situa nos 16,5% (Maia, 2012). Pini (2012) calcula que nas unidades de longa duração de Portugal Continental a taxa de prevalência seja de 23%.

Em Espanha, Soldevilla [et al] (2008), encontrou uma taxa de prevalência em hospitais de 8,8%, variando entre os 4,4% nos serviços cirúrgicos, 9,2% nas medicinas e 13,2% nas UCI.

Nas UCI, estudos referem que nos EUA taxas de incidência variam entre 5,2% e 45%, com taxas de prevalência entre 22 e 28,7%. Nos países em desenvolvimento há taxas de incidência de 33,3% (Suriadi [et al], 2008). Cooper (2013) refere variação entre 10% a 41%, nos diversos estudos sobre incidência de UP por todo o mundo.

Cuddigan (2012) faz uma análise sobre os dados de prevalência e incidência em cuidados intensivos a nível mundial, onde obteve dados com bastante variabilidade (taxas de prevalência a oscilar entre 1,54% e 32,7% e taxas de incidência a oscilar entre 5,2% e 53,4%), o que pode estar relacionada com a inclusão de dados relativos a UP de categoria I. Em Espanha, Garcia-Fernandes [et al] (2013) referem que, em UCI, as taxas de incidência são de 24,2%. Em Portugal, Costeira (2006) apresenta para as unidades valores de incidência de 16,6%.

Em síntese, observa-se grande heterogeneidade de resultados. No entanto, verifica-se que em ambiente de cuidados intensivos existe uma maior taxa de incidência e prevalência

comparativamente com outras áreas hospitalares, tal como refere Lahmann [et al] (2011). Este facto pode ser explicado pelos múltiplos fatores de risco da pessoa em situação crítica. Após a reflexão acerca dos dados epidemiológicos sobre as UP, irá abordar-se a avaliação das mesmas.

## 2.2. Avaliação das Úlceras de Pressão

A classificação das úlceras de pressão deve ser realizada, segundo a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), através da denominação “Categoria” ou “Grau”, variando de I a IV. Não pode haver regressão de categoria/grau da UP mesmo quando esta está a cicatrizar. Quando tal acontece, a UP poderá ser classificada com a mesma categoria/grau, mas com a adenda “em cicatrização”. Para além destas categorias/gradus, a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014) também refere a existência de UP não graduáveis/inclassificáveis e a suspeita de lesão nos tecidos profundos (para ambos os casos, quando a profundidade é indeterminada).

Em Portugal, a classificação das UP também se baseia na orientação da EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014, p.12-14), que as classificam como:

**«Categoria/Grau I: Eritema não branqueável:** Pele intacta com rubor não branqueável numa área localizada geralmente sobre uma proeminência óssea. Em pele de pigmentação escura pode não ser visível o branqueamento, a sua cor pode ser diferente da pele circundante. Comparativamente ao tecido adjacente, a área pode estar dolorosa, dura, mole, mais quente ou mais fria”

As UP de categoria/grau I, apesar da integridade cutânea que apresentam, não têm uma resposta capilar que as acompanhe, denotando sofrimento tecidular nesta zona. As UP de categoria II apresentam destruição da epiderme ou derme ou ambas, podendo apresentar flictenas, tal como refere a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014, p.13):

**“Categoria/Grau II: Perda parcial da espessura da pele:** Perda parcial da espessura da derme que se apresenta como uma ferida superficial (rasa) com leito vermelho-rosa sem tecido desvitalizado. Pode também apresentar-se como flitena fechada ou aberta preenchida por líquido seroso. Apresenta-se como uma úlcera brilhante ou seca, sem tecido desvitalizado ou equimose”.

Quando a ferida apresenta ausência da pele, com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, mas sem atingimento da fáscia muscular, é denominada de UP de categoria/grau III:

**“Categoria/Grau III: Perda total da espessura da pele:** Perda total da espessura dos tecidos. O tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas os ossos, tendões ou músculos não estão expostos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado, mas não oculta a profundidade dos tecidos lesados. Podem ser cavidades e fistulizadas” (idem)

Quando a UP apresenta ausência total da pele com necrose do tecido subcutâneo ou lesão do músculo, osso ou estruturas de suporte (tendão, cápsula articular, etc), é classificada em categoria/grau IV, como refere a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014, p.14):

**“Categoria/Grau IV: Perda total da espessura dos tecidos:** Perda total da espessura dos tecidos, com exposição óssea, dos tendões ou músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado e/ou tecido necrótico. Geralmente são cavidades e fistuladas. A profundidade de uma úlcera de pressão desta categoria pode variar de acordo com a localização anatômica. A asa do nariz, orelhas, região occipital e maléolos não possuem tecido subcutâneo e estas úlceras podem ser superficiais. (...) pode atingir músculo e/ou estruturas de suporte (fáscia, tendão ou cápsula articular) havendo possibilidade de ocorrer osteomielite ou osteíte. Existe osso/músculo exposto visível ou diretamente palpável “

Para além destas 4 categorias/ graus, a fonte acima citada (p. 14) também refere a existência das UP Inclassificável/Não graduável, em que há

“Perda total da espessura dos tecidos, na qual a base da úlcera está coberta por tecido desvitalizado (...) e/ou necrótico (...) no leito da ferida. Até que seja removido tecido desvitalizado e/ou necrótico suficiente para expor a base da ferida, a verdadeira profundidade e, por conseguinte, a verdadeira Categoria/Grau, não podem ser determinados. Um tecido necrótico (seco, aderente, intacto e sem eritema ou flutuação) nos calcâneos serve como “penso (biológico) natural” e não deve ser removido”

Outro tipo de lesão é a suspeita de lesão nos tecidos profundos, a qual é definida como a

“Área vermelha escura ou púrpura localizada em pele intacta e descolorada ou flitena preenchida com sangue, provocadas por danos no tecido mole subjacente resultantes de pressão e/ou cisalhamento. A área pode estar rodeada por tecido doloroso, firme, mole, húmido, mais quente ou mais frio comparativamente ao tecido adjacente (...)”(EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014, p.14).

A correta classificação das UP permite avaliar a gravidade das mesmas e verificar a sua evolução. A avaliação das UP deve incluir o tamanho, leito da ferida, exsudato presente, dor, estado da pele circundante e localização anatômica da lesão (Dealey, 2006).

A localização anatômica das UP depende das áreas corporais que se encontram sob pressão. O mesmo autor acima citado refere que num estudo de prevalência hospitalar (referente a 5 países europeus e 6000 doentes), a localização das úlceras de pressão é de 32,6% no sacro, 29,7% nos calcâneos, 11,4% nas nádegas, 9,1% nos tornozelos, 8,8% nos cotovelos e 8,3% nos trocânteres. Sayar [et al] (2008) refere 35% nos ombros e 30% no sacro. Os calcâneos, maléolos e outros locais apresentam percentagens inferiores.

As úlceras de pressão são classificadas em 4 grandes grupos, ainda havendo 2 grupos de lesões inclassificáveis ou suspeita de lesões profundas. Para evitar que o surgimento das mesmas aconteça, é fundamental que os cuidados preventivos sejam corretamente aplicados e sejam do conhecimento dos profissionais de saúde. Estes vão ser abordados no sub-capítulo seguinte.

### 2.3. Prevenção das úlceras de pressão

A medicina preventiva tem como finalidade melhorar a saúde dos indivíduos assintomáticos (Almeida, 2005). Existem 5 níveis de prevenção em saúde: a prevenção primordial e a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária. “A prevenção primária inclui o conjunto das atividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um fator de risco ou causal antes que se desenvolva um mecanismo patológico” (Almeida, 2005, p. 92). A prevenção das UP pode-se incluir neste tipo de prevenção, uma vez que a sua finalidade é a de reduzir a incidência da doença (através do controlo dos fatores de risco ou causais) ou reduzir o risco médio na população. Prevenção, para Brassard (1994), é uma estratégia com o objetivo da melhoria da qualidade. As ações preventivas devem, portanto, ser eficazes e devem reconhecer as UP como um problema capaz de interferir nessa qualidade.

Diversos estudos comprovam que a prevenção é a melhor forma de intervenção. Cerca de 95% das UP são evitáveis (Dealey, 2006) e apenas os restantes 5% surgem apesar dos cuidados de prevenção. Haglsawa e Barbanel (1999) corroboram com esta afirmação, ao registarem uma taxa de incidência de 4,4%, aquando da disponibilização de cuidados preventivos a 240 doentes em risco. Contudo, Hibs (1988) vai mais longe considerando que 98% das UP podem ser prevenidas. Para Braden (2001) e Morison (2004), o aparecimento de UP pode ser reduzido até 50-60% se forem prestados cuidados preventivos de qualidade.

As UP não são uma inevitabilidade e a sua existência poderá representar a qualidade da assistência dos cuidados. As UP podem ser prevenidas em elevada percentagem, usando medidas preventivas adequadas.

É essencial identificar os doentes com risco de desenvolver UP e que se identifiquem os fatores de risco associados aos mesmos. Desta forma, pode-se adotar medidas de prevenção adequadas, contribuindo para a redução das taxas de prevalência e incidência. Como fim último, atinge-se a melhoria da qualidade de vida do indivíduo/família.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prevenção das UP, como referem Moore e Price (2004), ao apontar como responsabilidade dos mesmos a promoção da viabilidade tecidular, em articulação com as suas competências profissionais. As competências profissionais dos enfermeiros passam, desde os seus primórdios, pela avaliação da pele e intervenção aquando do surgimento de lesões cutâneas. Segundo



Dealey (2006), quer Florence Nightingale (em meados/final do século XIX) quer Virgínia Hendersen (meados do século XX), já associavam o aparecimento de UP a cuidados não adequados. Este facto, ao longo do tempo, foi responsável pelo associar o surgimento de UP a maus cuidados de enfermagem, uma vez que muitos dos fatores de risco de surgimento de UP podem ser eliminados pelos enfermeiros (Wake, 2010).

Devido ao carácter multifactorial da etiologia das UP, a abordagem multidisciplinar é fundamental (idem), bem como a proximidade entre investigadores na área e especialistas na mesma (Bogie e Chester, 2008). É necessário, portanto, que toda a equipa multiprofissional se sinta envolvida e comprometida em conhecer e entender o que são as UP, as suas causas e os fatores de risco, a fim de implementar ações efetivas de prevenção e tratamento.

Todavia, os enfermeiros assumem um papel de extrema importância na prevenção de UP, na qual o doente com UP é o foco de cuidados de enfermagem. Vários autores corroboram que os profissionais mais despertados para esta temática continuam a ser os enfermeiros, devido à sua intervenção privilegiada (quer através de atuação autónoma, quer interdependente) no desenvolvimento de estratégias preventivas (Smith e Waugh, 2009). Esta intervenção baseia-se na avaliação contínua do doente (identificando precocemente fatores de risco de desenvolvimento de UP) e implementação de cuidados preventivos adequados. Magnan e Maklebust (2009) suportam esta teoria, referindo que a avaliação, diagnóstico e implementação do plano de cuidados é importante nas UP e nas restantes condições clínicas do doente. A prevenção das UP é um objetivo passível de ser alcançado pelo enfermeiro, através da avaliação do utente e registo sobre sua propensão para desenvolver tais lesões, em simultâneo com o empenho da equipa na implementação de cuidados preventivos personalizados, conforme o grau de risco (Brandão, 2006). Furtado (2001, p.15) afirma que “(...) a não implementação das medidas preventivas pode ser analisado como um ato de negligência”.

Desenvolvimentos recentes na área da prevenção focam-se na educação dos profissionais, horários de posicionamentos pré-definidos, competências baseadas em evidências científicas, equipas de prevenção, *feedback* através de auditorias, o uso de equipamentos para realizar o levante dos doentes (e não o “arrastamento”) - com equipas treinadas para o mesmo, revisão da roupa da cama (quanto às suas características), prevenção de UP relativamente aos cateteres urinários (para prevenir a UP no meato urinário) e a consciência consensual de que há UP não evitáveis (Krupp & Monfre, 2015). Todas estas

medidas preventivas têm custos elevados, porém os gastos que envolvem o tratamento são maiores, devido ao prolongamento da hospitalização (Bergstrom, Bennett & Carlson, 1995).

Um dos pilares fundamentais da prevenção de UP é a existência de protocolos preventivos, de acordo com a realidade institucional. Estes devem ser eficazes e ajustar-se a cada instituição, de modo a promover a uniformização de cuidados e a prestação efetiva de cuidados com qualidade. Estes protocolos dever-se-ão basear em *guidelines*, tendo como objetivo a orientação dos profissionais de saúde. Os referidos protocolos devem ser elaborados por nível de risco ou por subescala afetada (relativamente à escala de Braden) e é recomendável que os mesmos sejam adequados aos *scores* mais baixos por cada subescala (DGS, 2011).

As *guidelines* internacionais mais recentes são as elaboradas pela EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), que são direcionadas aos profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos indivíduos que estão em risco de desenvolver UP e assentam em 6 itens essenciais: a avaliação estruturada do risco, a avaliação da pele e dos tecidos, os cuidados preventivos com a pele, a nutrição, os reposicionamentos e as superfícies de apoio. Estes itens vão ser abordados de seguida.

### **2.3.1. Avaliação estruturada do risco**

A avaliação estruturada do risco pode ser definida como um conjunto de ações com vista a uma abordagem padrão para identificar indivíduos que estejam em risco de desenvolver úlceras de pressão. A avaliação estruturada do risco é reconhecida como o primeiro patamar da prevenção das UP, permitindo identificar os indivíduos em risco e delinear um plano de intervenções preventivas. Para a DGS (2011), 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco, sendo a estratificação fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

Para a determinação dos indivíduos em risco, a realização de uma avaliação informal e formal do indivíduo é essencial. A avaliação informal considera o estado clínico do doente, bem como os fatores de risco que este apresenta. A avaliação formal é realizada através de

instrumentos de avaliação de risco estruturados e sistematizados, como as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Rycroft-Malone e McInnes, 2001).

Identificar os indivíduos em risco de desenvolver UP é o primeiro passo para a prevenção adequada, pois permite identificar os indivíduos que necessitam de medidas preventivas, quais os fatores específicos que os colocam em risco, bem como implementar precocemente medidas preventivas. É, também, o método mais rentável economicamente (Garcia-Fernandéz [et al], 2014).

A avaliação estruturada do risco deve fazer parte integrante da avaliação inicial da pessoa no momento de admissão hospitalar (Ferreira [et al], 2007). Neste sentido, Arnold (2003) salienta que a avaliação de risco deve ser feita nas primeiras seis horas após a admissão. Este facto é reforçado pela DGS, que diz que a avaliação do risco deve ser realizada “(...) em todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde, nas primeiras seis horas após a admissão do doente” (DGS, 2011, p. 1), sendo recomendada a sua reavaliação em timings diferentes consoante o local de internamento. Nas unidades de cuidados intensivos e nos serviços de urgência a reavaliação da mesma deve ser realizada a cada 24h ou sempre que haja uma alteração numa das sub-escalas.

A EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014) refere que deve ocorrer com a maior brevidade possível (no período máximo de 8 horas após a admissão do doente). A identificação precoce do grau de risco de desenvolvimento de UP é, segundo a DGS (2011), fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção. De acordo com Courtney e Ayello (2008), a determinação do risco é fundamental para se proceder ao planeamento de cuidados em função das características do indivíduo e do seu risco para desenvolver UP. Segundo estes autores, a fundamentação para este facto é a de que um indivíduo submetido a cargas de pressão pode desenvolver UP num período entre duas a seis horas.

A avaliação do risco de desenvolvimento de UP deve ser repetida as vezes necessárias de acordo com o estado do doente. Deve-se realizar uma reavaliação caso haja uma alteração significativa na condição de saúde da pessoa. Deste modo, consegue-se planear e iniciar intervenções preventivas individualizadas. Estas avaliações e ações devem ser documentadas e disponibilizadas a qualquer membro da equipa de saúde (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). Esta documentação assegura a comunicação dentro da

equipa multidisciplinar, demonstra a pertinência do plano de cuidados e fornece referências para o acompanhamento da evolução do indivíduo.

Para a avaliação estruturada do risco, podem ser utilizados instrumentos de avaliação, mas deve-se considerar a avaliação de fatores de risco adicionais, utilizando o juízo clínico dos profissionais. A avaliação de risco deve ser complementada com a formação dos profissionais relativamente à mesma e com a documentação sistematizada de todas as avaliações realizadas (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014), sendo que só deste modo a avaliação do risco é completa. Segundo a mesma fonte (p. 15):

“Não existe nenhuma abordagem universalmente aceite como sendo a melhor abordagem para a realização de uma avaliação do risco. No entanto, o consenso entre especialistas sugere que a abordagem seja “estruturada” a fim de facilitar a análise dos principais fatores de risco.”

Existem diversas escalas para a avaliação do grau de risco para desenvolvimento de UP, sendo que deve ser selecionado um instrumento de avaliação do risco que seja adequado à população, válido e fiável. Segundo Pancorbo-Hidalgo [et al] (2008), a nível mundial, existem 47 instrumentos de avaliação do risco, publicados até 2008.

Em Portugal, a escala de Braden é a mais frequentemente utilizada, desde a sua tradução (em 2001) e validação (em 2006). Em 2011, a DGS emite uma orientação, na qual implementa a escala de Braden como o instrumento validado em Portugal para a avaliação do risco no adulto. Esta escala foi criada nos anos 80 e tem como base um esquema conceptual de fatores etiológicos onde a pressão e tolerância dos tecidos foram identificados como fatores importantes no desenvolvimento de UP. Esta escala tem entre 83 a 100% de sensibilidade e de 64 a 77% de especificidade (Lyder & Ayello, 2008). A escala foi desenvolvida por Bergstrom e Braden, em 1987, a partir da adaptação da escala de Norton. Encontra-se em uso em diversos países como Alemanha, Brasil, Estados Unidos da América, França, Inglaterra, Japão, Itália e Portugal, entre outros, sendo considerada a ferramenta de avaliação de risco de UP mais utilizada no mundo (Rijswijk e Lyder, 2005).

A escala de Braden é constituída por 6 subescalas: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. As três primeiras subescalas estão relacionadas com a existência de forças de pressão, enquanto as restantes indicam a tolerância dos tecidos à pressão. Cada uma destas subescalas classifica o doente entre 1 a 4 ou 1 a 3. A soma do valor atribuído em cada uma destas subescalas irá traduzir-se num valor entre 6 e 23, que representa o risco de desenvolvimento de UP. A valores

menores corresponde maior risco. Estratifica-se, assim, o risco, categorizando-o em “Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão” (quando o valor final é inferior a 16) e “Baixo risco de desenvolvimento de úlcera de pressão” (quando o valor é igual ou superior a 17) (DGS, 2011).

A subescala “percepção sensorial” permite identificar a capacidade de reação do indivíduo ao desconforto. Quanto mais limitada estiver a capacidade de sentir dor ou desconforto, maior risco apresenta a percepção sensorial do indivíduo.

A sub-escala “humidade” permite avaliar o nível de exposição da pele à humidade (sudorese, urina ou outros fluídos).

A subescala “atividade” avalia o nível de atividade física do indivíduo. Ou seja, se está confinado à cama, se apresenta dificuldades na locomoção e a frequência com que efetua marcha. A suscetibilidade para desenvolver UP encontra-se aumentada nos indivíduos que estão imóveis ou com atividade reduzida (restritos à cama ou em cadeira de rodas) (Silva [et al], 2011).

A subescala “mobilidade” é definida como a capacidade de alterar e controlar a posição do corpo (DGS, 2011). Avalia a frequência com que o indivíduo é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas do corpo e das extremidades e se o faz sozinho ou com ajuda.

A subescala “nutrição” permite avaliar o tipo de alimentação, englobando o número de refeições, tipo de nutrientes, quantidade e a ingestão de líquidos.

A subescala “fricção e forças de deslizamento” traduz a exposição do indivíduo às forças de fricção e de cisalhamento dos tecidos, em consequência da redução da sua capacidade para se movimentar.

A reavaliação da escala deverá acontecer caso haja alterações relevantes no estado de saúde do doente. Ao categorizar o doente em “alto risco”, recomenda-se que cada uma das subescalas deva ser analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma (DGS, 2011). Ao categorizar o doente em “baixo risco”, este também deverá ser alvo de vigilância e do juízo clínico do profissional.

Esta escala não traduz todos os fatores de risco presentes em unidades de cuidados intensivos. Cox (2012) refere que para além dos fatores contemplados pela escala de Braden, existem na literatura outros identificados na pessoa em situação crítica, como a idade avançada, tempo de internamento superior a 5 dias, admissão emergente na UCI e

gravidade da doença. As co-morbilidades (como a diabetes mellitus, presença de infecção e doença cardiovascular) e fatores iatrogênicos (como a administração de noradrenalina) também têm de ser consideradas. Cooper (2013) e Krupp e Monfre (2015) apontam como uma limitação da escala de Braden o fato de não identificar a instabilidade hemodinâmica como fator de risco para o desenvolvimento de UP.

Logo, segundo as recomendações da EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), não se deve confiar apenas na pontuação total de um instrumento de avaliação do risco para orientar cuidados preventivos baseados no risco. As pontuações das subescalas dos instrumentos de avaliação do risco, outros fatores de risco, a avaliação abrangente da pele e o juízo clínico devem também ser analisados (idem).

Associada à avaliação estruturada do risco, a avaliação da pele e dos tecidos, deve ser alvo de especial atenção, como se indica de seguida.

### 2.3.2 Avaliação da pele e dos tecidos

A avaliação da pele e dos tecidos é importante para prevenir, classificar, diagnosticar e tratar úlceras de pressão. A avaliação da pele deve assentar nas suas características e tipo de alterações relacionadas com a integridade cutânea. Recomenda-se que a sua implementação seja feita durante os cuidados de higiene ou conforto (DGS, 2011).

Na observação da pele é necessário dar ênfase ao primeiro sinal de alerta para o desenvolvimento de UP: o eritema não branqueável. No entanto, outros sinais de alerta devem ser considerados, especialmente em indivíduos com coloração da pele mais escura. Nestes, a pele pode-se apresentar em tons de vermelho, azul ou roxo persistentes. Nestes casos,

“(…) uma alteração observável da pele intacta relacionada com a pressão, cujos indicadores, quando comparados com a área do corpo adjacente ou oposta, pode incluir uma ou mais das seguintes alterações: temperatura cutânea (quente ou fria), consistência tecidual (firme ou flutuante) e /ou sensações (dor, prurido)” (Baranoski, 2006, p. 294).

A avaliação completa da pele deve fazer parte de uma política de rastreio e avaliação do risco implementada em todas as instituições (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). Ainda segundo estes autores, para ser corretamente efetuada, deve assentar na formação dos profissionais para uma avaliação abrangente da pele, que inclua técnicas de identificação

de respostas ao branqueamento, calor local, edema e tumefação (rigidez). Estas técnicas são particularmente úteis em doente com a pele mais pigmentada, uma vez que os sinais de rubor podem passar despercebidos.

Ao haver uma deterioração clínica, a frequência desta avaliação deve aumentar. Deve-se, também, considerar que os indivíduos com úlceras de pressão de categoria/grau I estão em risco de progressão para úlceras de pressão de categoria/grau superior e que os indivíduos com úlceras de pressão estão em risco de desenvolver outras úlceras de pressão (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

A avaliação da pele deve ser complementada pela avaliação do desconforto ou dor localizados, relacionados com locais sob maior pressão (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). Tal como para a avaliação do risco, a documentação desta avaliação é essencial.

Devido ao facto de as UP ocorrerem preferencialmente sobre proeminências ósseas, a vigilância minuciosa destes locais, como possíveis zonas de pressão, deve ser efetuada. Os reposicionamentos são um tempo privilegiado para esta avaliação contínua. Todavia, tecidos moles que estejam sujeitos a pressão contínua também devem ser alvo de uma vigilância adequada (Afonso [et al], 2014). Os doentes com dispositivos médicos sobre a pele devem ser alvo de vigilância redobrada nestes locais. Esta vigilância deve acontecer, pelo menos, duas vezes ao dia e ser aumentada em indivíduos com sinais de edema localizado ou generalizado ou vulneráveis a alterações por fluídos (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

A avaliação da pele é fundamental como complemento da avaliação do risco de desenvolvimento das UP. Desta forma poder-se-á conhecer o tegumento do doente e prestar cuidados preventivos efetivos em relação ao mesmo.

### **2.3.3. Cuidados Preventivos com a pele**

Os cuidados a ter com a pele, após a avaliação da mesma, assentam em alguns pilares fundamentais. São cuidados a ter em atenção, segundo a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014):

- Não posicionar os indivíduos sobre zonas com rubor (uma vez que essa zona não recuperou da pressão exercida anteriormente);

- Manter a pele limpa e seca, utilizando um produto de limpeza com pH adequado, para evitar a destruição da camada córnea da epiderme (como também referem Kirsner e Froelich C., 1998);
- Não utilizar a massagem como medida preventiva das UP e não friccionar a pele do doente que se encontre em risco de desenvolver UP, uma vez que provoca destruição tecidular e/ou reação inflamatória. Esta medida é também referenciada por Paquay (2008).
- Usar emolientes para evitar a pele seca, protegendo-a e hidratando-a, como também referem Lyder e Van Rijswijk (2005);
- Proteger a pele da humidade excessiva (através do uso de produtos barreira) evitando ou diminuindo a presença de humidade, preservando a função de regulação da temperatura. Caso seja possível, a fonte dessa humidade deve ser identificada e eliminada. Estas ideias são reforçadas pela Wound Ostomy e a Continence Nurses Society (2003), que acrescentam que o uso de pensos, fraldas ou roupa interior que sejam absorventes e que afastem a humidade é essencial.
- Utilizar ácidos gordos hiperoxigenados. Estes têm uma elevada capacidade de hidratação, aumentam a resistência da pele, favorecem a microcirculação e estão indicados, tanto na prevenção de UP, como no tratamento das UP de categoria I, como referem Segóvia [et al] (2001).

Estes princípios atenuam e/ou eliminam o fator de risco anteriormente referenciado como altamente preditor do desenvolvimento de UP.

#### 2.3.4. Nutrição

Uma vez que a subnutrição é um fator de risco reversível no desenvolvimento de úlceras de pressão, a sua deteção e tratamento precoces é muito importante. Campos [et al] (2010) observaram que um estado nutricional deficiente está estreitamente relacionado com o desenvolvimento de UP.

Foram encontrados menores valores de tecido adiposo e massa muscular nos doentes que desenvolveram UP, baixos valores de hemoglobina e hematócrito e valores elevados de leucócitos. Esses parâmetros nutricionais poderão ser ferramentas importantes para os



profissionais no que diz respeito à identificação e ao tratamento de doentes em risco. Os doentes de cuidados intensivos apresentam-se, na maioria das vezes, hipermetabólicos, com agudizações de doenças crónicas que comprometem o seu estado nutricional prévio (Correia, 2002).

A avaliação do estado nutricional dos doentes é de extrema importância. Este rastreio, segundo a EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), deve ser realizado no momento de admissão do doente, sempre que há alterações na sua condição clínica e quando não se verificam progressos em termos de cicatrização da UP. O rastreio deve ser efetuado usando um instrumento de rastreio nutricional válido e fiável para determinar o risco nutricional.

Se o doente estiver em risco de desnutrição, se estiver desnutrido ou se já apresentar UP, este deve ser encaminhado para o nutricionista, para que a avaliação nutricional seja completa. A avaliação nutricional baseia-se na avaliação do historial do peso da pessoa, na capacidade da pessoa para se autoalimentar e avaliar se a ingestão calórica está adequada aos seus consumos de energia (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014).

Após a avaliação nutricional, deve ser elaborado um plano individual de cuidados nutricionais, realizado pelo nutricionista, mas com o apoio da equipa multidisciplinar. Este plano recomendará qual a ingestão energética necessária, tendo em atenção as necessidades nutricionais, a via de alimentação e os objetivos de cuidados do indivíduo.

A nutrição dos doentes cujas exigências nutricionais não sejam satisfeitas através da ingestão alimentar, pode ser suplementada com alimentos enriquecidos e/ou suplementos nutricionais orais de elevado teor calórico e proteico. Estes devem ser administrados nos intervalos das refeições ou até mesmo considerar o suporte nutricional entérico e parentérico sempre que a ingestão oral for insuficiente.

A ingestão proteica adequadas às necessidades nos indivíduos em risco de desenvolver úlceras de pressão, avaliados como em risco de desnutrição, estando desnutridos ou já com UP, é essencial. Esta ingestão deve ser acompanhada pela avaliação da função renal, bem como das co-morbilidades. A administração de suplementos com arginina e micronutrientes deve ser ponderada em doentes já com UP estabelecidas e cuja suplementação com alimentos de alto teor proteico seja insuficiente. Estes suplementos estão associados a uma redução significativa do desenvolvimento de UP, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina (Dealey, 2006).

Outro fator essencial na nutrição, fundamental para a prevenção das UP, é a hidratação. Esta deve ser adequada às necessidades da pessoa, à sua situação clínica e compatível com as co-morbilidades apresentadas. Os sinais e sintomas de desidratação devem ser monitorizados com atenção pelos profissionais de saúde.

Também a inclusão de vitaminas e sais minerais deve ser adequada à dieta e às necessidades dos doentes.

### **2.3.5. Reposicionamentos e mobilizações precoces**

O impacto das limitações de mobilidade no risco das úlceras de pressão é considerado, pela EPUAP/NPUAP/PPPIA (2014), um fator de extrema importância. As limitações da mobilidade abrangem indivíduos acamados ou confinados a cadeiras de rodas e pessoas com uma redução da frequência de movimento ou da capacidade de se mover. Os doentes acamados ou que permaneçam sentados em cadeiras e que não são autónomos para mudar de posição, apresentam maior risco de desenvolver úlceras de pressão.

Para que este impacto seja considerado, é essencial realizar uma avaliação completa do risco destas pessoas, de modo a estabelecer intervenções preventivas. Uma das intervenções preventivas a considerar é o reposicionamento do doente com frequência, inspecionando e avaliando o estado da pele. O posicionamento terapêutico visa, também, manter o conforto, a dignidade e a capacidade funcional (Afonso [et al], 2014). A alternância de decúbitos deve ter em consideração as condições do doente e as superfícies de apoio, sendo que a sua frequência é influenciada por estes fatores. O posicionamento deve ser efetuado de modo a que as forças de fricção e torção (para além das de pressão) sejam reduzidas, evitando arrastar o doente. Os posicionamentos devem ser instituídos mediante um plano de intervenção de cuidados com intervalos definidos. Inicialmente, a pele do paciente deve ser observada a cada hora, para desta forma vigiar as zonas de maior pressão.

Deve-se observar a hiperémia reativa e para que os intervalos entre os reposicionamentos possam ser aceites não deve ser observada qualquer progressão dos sinais isquémicos. Caso estes se verifiquem, é necessário reavaliar o posicionamento e a superfície de apoio em uso. “Após as 24 horas, não havendo compromisso isquémico, pode-se ir alargando os

intervalos de tempo para cada reposicionamento, sem descuidar a vigilância da pele, até predefinir um intervalo de acordo com as necessidades do paciente (Afonso [et al], 2014).

O registo do tempo de permanência em cada um dos decúbitos e de problemas que possam surgir numa área específica do corpo é de extrema importância, bem como a formação dos profissionais sobre técnicas corretas de posicionamentos.

### **2.3.6. Superfícies de apoio**

As superfícies de apoio são definidas como “(...) um dispositivo especializado para redistribuição de pressão concebida para gestão de cargas tecidulares, microclima, e/ou outras funções terapêuticas (...)” (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014, p. 31). Estas conseguem ter influência nos fatores extrínsecos de surgimento de UP, uma vez que podem influenciar a pressão, fricção, forças de torção e microclima.

Quando se alivia a pressão numa determinada parte do corpo, aumenta a mesma noutra parte. Como tal, o objetivo da utilização de superfícies de apoio é o de conseguir otimizar uma redistribuição da pressão. Uma superfície de apoio ideal deverá “(...) permitir uma redução da pressão na interface, área que fica entre a pele e a superfície de apoio, para valores inferiores aos considerados como sendo os níveis de oclusão dos diversos vasos sanguíneos” (Afonso [et al], 2014, p. 126).

As superfícies devem ser usadas de acordo com o seu tempo de vida útil (nível de evidência A) e é recomendado o uso de colchões de espuma altamente específica nos doentes em risco de desenvolver UP (EPUAP/NPUAP/PPPIA, 2014). Quando os doentes não podem ser reposicionados frequentemente, deve-se usar uma superfície de apoio dinâmica e não devem ser usados colchões de pressão alterna com células pequenas (idem).

As principais características de uma superfície de apoio devem ser: “Tolerar uma amplitude de cargas (...), capacidade de redistribuir a pressão (...), reduzir o efeito da fricção, proporcionar controlo da infeção e de manutenção fácil, capacidade de controlo da humidade e da temperatura (microclima)” (Afonso [et al], 2014, p. 142).

As superfícies de apoio adequadas são fundamentais na prevenção das UP. Quando estas não são ajustadas, as UP podem surgir. E com estas a necessidade de efetuar um tratamento adequado.

## 2.4. Tratamento

O principal objetivo da abordagem das úlceras de pressão é a prevenção. Quando a UP existe, o seu tratamento deve ser holístico e deve ser privilegiado o tratamento conservador.

O primeiro passo para o tratamento, segundo Afonso [et al] (2014), é a avaliação inicial da ferida quanto à categoria, localização, tamanho, forma, leito da ferida, exsudado, dor, odor e pele peri-lesional. O tratamento local é determinado pelas características da ferida, do indivíduo e ambiente, e pelos materiais disponíveis para o tratamento.

O acrónimo “TIME” é usado como linha orientadora para a avaliação de 4 áreas essenciais para o tratamento da ferida e foi utilizado pela primeira vez por Schultz [et al] (2003). Consiste em:

“T – *Tissue*: avaliar o tipo de tecido presente e desbridar o não-viável; I – *Infection/Inflammation*: avaliar os sinais/sintomas; ponderar a necessidade de utilizar antissépticos tópicos ou antibióticos sistémicos; M – *Moisture imbalance*: avaliar a etiologia e gerir o exsudado; E – *Edges*: avaliar a causa do não avanço dos bordos e o estado da pele perilesional” (Afonso [et al], 2014, p. 154).

Posteriormente, o mesmo acrónimo foi adaptado por Leaper DJ [et al] (2012), como:

“T – *Treatment*: plano de tratamento delineado de forma abrangente; I – *Implementation*: aplicar o plano delineado de forma exímia, com objetivos definidos para medir posteriormente; M – *Monitoring*: deve incluir a avaliação de qualquer evento local ou sistémico adverso; E – *Evaluation*: todos os tratamentos devem ser objetivamente avaliados e devem incluir a avaliação da dor, através de escala validada, da cicatrização, utilizando escalas, da qualidade de vida, entre outros” (idem).

Após a implementação do plano de tratamento é importante a monitorização da cicatrização através de uma escala, nomeadamente, a *Pressure Ulcer Status for Healing* (PUSH) ou a *Pressure Sore Status Tool* (PSST).

O tratamento das UP é uma questão complexa e que envolve a avaliação da ferida e do meio circundante, bem como o estabelecimento de um plano terapêutico adequado. Esta questão é ainda mais importante em ambiente de cuidados intensivos, pelas características do doente crítico.

## 2.5. Úlceras de pressão no doente crítico

Nas unidades de cuidados intensivos, os doentes têm múltiplos fatores de risco para o surgimento de UP. Não se identifica na literatura um fator único que consiga explicar o risco de úlceras de pressão, mas diversos fatores que aumentam a probabilidade de desenvolvimento de úlceras de pressão (Coleman [et al], 2013).

Os doentes internados nestas unidades normalmente apresentam instabilidade hemodinâmica, estão sujeitos a diversos meios invasivos e dispositivos médicos de apoio (que podem contribuir para aumentar o risco de UP) ou pode não se conseguir posicionar frequentemente os doentes (Cooper, 2013). Outros fatores de risco a serem considerados em UCI são as co-morbilidades, o tempo de internamento, a presença de ventilação mecânica, o uso de sedativos (com a diminuição da percepção sensorial associada), a circulação comprometida devido à imobilidade, a falência de órgãos, etc (Cooper, 2013 e Krupp e Monfre, 2015).

A relação entre o uso de vasopressores e o surgimento de UP é estatisticamente significativa, segundo Krupp e Monfre (2015). No entanto, os estudos não incluem de forma consistente variáveis como a relação entre o aparecimento de UP e a dose de vasopressores, duração do tratamento e uso simultâneo de múltiplos vasopressores.

Outros fatores de risco referem-se à condição nutricional, sendo um dos indicadores de mal-nutrição em CI o nível de albumina ou pré-albumina. Uma descida destes níveis, segundo Cooper (2013), deve ser um alerta para o risco de desnutrição, que associado aos outros fatores de risco em CI, se torna particularmente grave.

Outra particularidade das UP em ambiente crítico é o facto de que 10% destas estão associadas a dispositivos médicos (Cooper, 2013), sendo os que mais frequentemente provocam UP são os tubos oro-traqueais e os dispositivos para os fixar, colares cervicais, cânulas de traqueostomia (que, com a presença de secreções, contribuem para a maceração da pele, conjuntamente com a pressão exercida) e máscaras para ventilação não invasiva. Dever-se-á, portanto, utilizar estratégias de alívio de pressão ou redistribuição da mesma, para evitar o aparecimento de UP associadas a dispositivos médicos.

Uma das razões apontadas por Manzano [et al] (2014) para a falha em erradicar as UP nas UCI é o fato de não ser considerada prioridade (por parte dos hospitais e profissionais) a implementação de *guidelines* baseadas em evidências.

Algumas das UP relacionadas com o doente crítico em CI são inevitáveis. Segundo Krupp e Monfre (2015), existe consenso sobre a relação entre as UP não evitáveis e o *status* cardiopulmonar deficitário, instabilidade hemodinâmica, a elevação da cabeceira da cama acima dos 30°, o choque séptico, a anasarca, as queimaduras, a imobilidade, os dispositivos médicos, as lesões da espinal medula, os doentes terminais e a nutrição inadequada.

Os condicionalismos associados à gravidade da patologia limitam frequentemente a mobilidade, restringindo o doente ao leito e provocando limitações nos posicionamentos para alívio da pressão.

Cox (2011) reforça que o doente em situação crítica poderá encontra-se instável para ser posicionado com frequência e que a elevação do leito como forma de prevenção da pneumonia associada ao ventilador podem aumentar a fricção sobre o leito e contribuir para a elevada percentagem de úlceras na região sagrada. Dealey (2006), num estudo de prevalência hospitalar referente a 5 países europeus e 6000 doentes, refere que a localização das úlceras de pressão é distribuída da seguinte forma: 32,6% no sacro, 29,7% nos calcâneos, 11,4% nas nádegas, 9,1% nos tornozelos, 8,8% nos cotovelos e 8,3% nos trocânteres. Shahin [et al] (2009) afirma que as úlceras de pressão apresentam uma distribuição de 58% no sacro, 34% nas nádegas, 5% nos calcâneos e 3% em outros locais do corpo. Refere, também, o aparecimento de novas úlceras em doentes de cuidados intensivos. Estas estão localizadas principalmente nos ombros, sacro, calcâneo e orelhas, não apresentando percentagens concretas no estudo.

As localizações anatómicas das úlceras de pressão apresentam uma tendência similar nos vários estudos sobre doentes críticos, com elevado predomínio da região sagrada. A análise do risco de desenvolvimento de úlceras em cada pessoa é fundamental para estabelecer medidas adequadas para as evitar.

## **2.6. Atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras de pressão**

O conceito “Atitude” é definido como um mediador entre a forma de pensar e a forma de agir. Engloba os pensamentos e sentimentos que antecedem a ação. Estes vão traduzir-se no modo/postura que o indivíduo vai adotar (Pereira, 2004).

Saraiva (2009) refere-se a algumas definições que indicam que uma atitude é um processo mental capaz de criar no indivíduo uma celeridade de resposta. Esta pode ser positiva ou negativa e dirigida a certas pessoas, acontecimentos ou situações. Outra definição contempla uma disposição para valorizar de forma favorável ou desfavorável objetos, eventos ou pessoas; ou uma predisposição organizada para pensar, sentir, perceber e comportar-se de determinado modo, frente a referentes atitudinais.

As atitudes “(...) significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada maneira” (Canut [et al], 2000, p. 30).

As atitudes não são observáveis, manifestando-se através de expressões verbais ou não verbais, opiniões e comportamentos.

A Enfermagem também se tem vindo a debruçar acerca das atitudes, definindo-as como um “Processo psicológico com as seguintes características específicas: modelos mentais, orientações e opiniões aceites” (CIPE, 2011, p. 77).

Nunes (2011) refere que a competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera vai sendo moldado pelas experiências de vida que efetuamos ao longo da prática profissional. Através da experiência profissional e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que (quando integrados em padrões morais) caracterizam uma prática profissional envolvida e competente.

As atitudes não são inatas e provêm das experiências na vida do indivíduo. Resultam da interação do indivíduo com pessoas, instituições, valores, objetos, ideologias, etc (Saraiva, 2009). Tudo o que é transmitido ao longo da vida é adquirido pelo indivíduo, levando-o a adotar determinadas atitudes perante a presença de um certo objeto social. Por serem adquiridas ao longo da vida e, desde cedo, interiorizadas pelo indivíduo (a maioria das vezes de forma inconsciente), faz com que, para o próprio, elas sejam muitas vezes tidas como verdades indiscutíveis e como as melhores. A modificação de atitudes é, portanto, complexa e demorada, implicando uma nova aprendizagem (Pereira, 2004).

O estudo das atitudes dá-nos indicadores importantes para sabermos de que forma podem ser estruturadas intervenções capazes de modificar comportamentos no futuro. A investigação efetuada até ao momento prova que as atitudes influenciam a interação individual e entre grupos e que, por isso, podem ser bons preditores do comportamento humano (Pereira, 2004).

Torna-se assim evidente que as atitudes influenciam o tipo de comportamento que cada indivíduo vai apresentar, facilitando a adaptação à realidade e contribuindo para a estabilidade da personalidade (Pereira, 2004). Um dos objetivos da medição das atitudes prende-se com a tentativa de prever os atos das pessoas, uma vez que existe claramente uma relação efetiva entre a atitude e o comportamento (Eugénio, 2009). Se concluirmos quais são as predisposições de um indivíduo será possível antecipar o seu comportamento, pelo que a atitude foi denominada pré-comportamento (Vala e Monteiro, 2006).

Para que as orientações padronizadas de prevenção de úlceras de pressão sejam cumpridas, é essencial a formação dos técnicos de saúde envolvidos na prevenção, diagnóstico e tratamento (Batista, 2012). Os enfermeiros, como profissionais de saúde que passam mais tempo em contacto direto com o doente, são fundamentais para a avaliação e manutenção da integridade cutânea do mesmo.

No entanto, apesar das *guidelines* que têm surgido, diferentes estudos a nível internacional têm demonstrado não só falhas na formação por parte dos enfermeiros, como uma discrepância entre a teoria e a prática (Hulsenboom [et al], 2007; Pancorbo-Hidalgo [et al], 2006; Moore e Price, 2004; citados por Batista, 2012). Segundo Grol e Wensing (2004), citados por Beeckman [et al] (2010), uma das razões para a prevenção ineficaz das úlceras de pressão e para os números de prevalência elevados prende-se com as próprias atitudes dos profissionais.

Um dos fatores importantes na investigação acerca da prevenção de UP é o conhecimento sobre os fatores que afetam a atuação dos enfermeiros relativamente à prevenção. A teoria do comportamento planeado tem sido usada para prever e compreender os comportamentos. Esta teoria pode ser usada para melhorar o conhecimento da atuação dos enfermeiros (Waugh, 2014).

A investigação produzida em Portugal acerca do tema das atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras de pressão é escassa. Dos estudos a que se conseguiu aceder, é de



referir a validação e adaptação transcultural do *Attitude Towards Pressure Ulcers*, pelo que é pertinente a revisão da investigação produzida neste domínio no estrangeiro. No entanto, também aqui a quantidade de estudos a que se teve acesso é limitada.

Em Portugal, do estudo de Batista (2012), salientam-se as atitudes positivas por parte da maioria dos inquiridos no que diz respeito à prevenção das úlceras de pressão. De igual forma, enfermeiros e alunos de enfermagem demonstraram-se desportos para a problemática das mesmas, com maior foco na importância de uma prevenção eficaz.

A constatação da limitada produção científica sobre as atitudes dos enfermeiros em relação à prevenção de úlceras de pressão é referida por Beeckman [et al] (2011), observando-se um escasso número de estudos publicados. Dos estudos a que se acedeu, dois (Beeckman [et al], 2010 e 2011) mediram as atitudes através de uma ferramenta de avaliação validada (a APU), fora de Portugal. Apesar disso, sabe-se da existência de estudos em desenvolvimento nos Estados Unidos da América, segundo Beeckman (2012). Dois estudos suecos usaram outro instrumento de medida de atitudes, desenvolvido na Irlanda por Moore e Price (2004) – um por Källman e Suserud (2009) e outro por Strand e Lindgren (2010). A validade deste instrumento foi questionada pelos utilizadores, devido à difícil interpretação dos itens.

Källman e Suserud (2009), Samuriwo (2010), Beeckman [et al] (2011) e Sving [et al] (2012) examinaram a relação entre atitudes e prevenção de UP, sendo que Källman e Suserud (2009) e Samuriwo (2010) mediram a execução das medidas preventivas por auto avaliação. Os outros estudos que consideraram a relação atitude-execução, usaram a observação e revisão dos registos (Sving [et al], 2012) ou somente a observação (Beeckman [et al], 2011) para verificar a performance das intervenções preventivas.

As conclusões dos estudos acima citados e de outros são algo díspares. Moore e Price (2004) chegaram à conclusão que os enfermeiros que participaram no estudo por eles efetuado demonstraram uma atitude positiva perante a prevenção de úlceras de pressão. Todavia, estas atitudes não são suficientes para garantir que a mudança na prática ocorra, reforçando a natureza complexa da mudança comportamental. Os mesmos autores referem que, no geral, os enfermeiros demonstravam uma atitude positiva e que esta não parece estar relacionada com o tempo de experiência profissional, a área em que os mesmos trabalham e se receberam treino específico para a prevenção de úlceras de pressão.

Também Källman e Suserud (2009) constataram atitudes positivas face à prevenção de UP. Beeckman [et al] (2010) concluíram que apenas metade dos enfermeiros estudados apresentaram scores satisfatórios no que às atitudes diz respeito. Islam (2010) refere que há uma correlação positiva entre atitudes e prática. Beeckman [et al] (2010) chegou à conclusão que enfermeiros considerados experientes e de referência na área das úlceras de pressão tinham atitudes mais positivas relativamente a enfermeiros sem esta característica.

Stranda e Lindgren (2010) reforçam que os doentes de cuidados intensivos têm maior risco de desenvolver úlceras de pressão e que os cuidados preventivos são uma fatia importante dos cuidados em unidades de cuidados intensivos. Os mesmos autores apontam para que atitudes favoráveis perante a prevenção de UP existam em cuidados intensivos.

Beeckman [et al] (2011) concluíram que as atitudes de enfermeiros generalistas são piores que as de enfermeiros especialistas em viabilidade tecidular. Esta diferença poderá estar relacionada com uma motivação e interesses maiores na área. Não houve diferenças de atitudes entre enfermeiros séniores e enfermeiros especialistas em viabilidade tecidular. Enfermeiros que têm mais treino em prevenção de úlceras de pressão não demonstraram ter atitudes mais positivas em relação aos enfermeiros que não tiveram esse treino. Este facto pode levar a repensar os tradicionais métodos de ensino nesta área. As atitudes são mais positivas nos enfermeiros que trabalham em enfermarias em que mais de 30% dos doentes estão em risco de desenvolver UP e recebem cuidados preventivos totais.

Demarré [et al] (2012), num estudo na Bélgica, chegaram à conclusão que a pontuação geral das atitudes foi de 74,5% e que a pontuação foi significativamente diferente entre os enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros demonstraram ter uma atitude mais positiva em relação à prevenção de úlceras de pressão do que auxiliares de enfermagem. Estes autores referem que atitudes mais positivas foram preditores do cumprimento das orientações para a prevenção de úlceras de pressão em doentes em risco.

Num outro estudo Beeckman [et al] (2013) implementaram uma estratégia de intervenção de algumas semanas, após a qual as atitudes dos enfermeiros foram avaliadas. Entre outras conclusões, salienta-se que as atitudes perante as úlceras de pressão melhoraram significativamente.

Waugh (2014), aquando da aplicação da escala de atitudes elaborada por Moore e Price (2004), chegou à conclusão que o facto de os enfermeiros considerarem a prevenção de UP como “consumidora” do seu tempo, pode-se refletir numa atitude negativa. Mas, o facto de

terem conhecimento do tempo e esforço que terá de ser dedicado à prevenção, pode refletir que a opinião sobre a prevenção é importante e os enfermeiros acham que deve haver tempo significativo para dedicar à mesma. Ainda neste estudo, os investigadores reportam atitudes positivas e conhecimento adequado, mas inadequada prevenção. Este facto é preocupante, porque conhecimento e atitudes positivas poderiam significar que as medidas preventivas adequadas fossem utilizadas, o que muitas vezes não se verifica.

Simonetti [et al] (2015) realizaram um estudo sobre conhecimentos e atitudes de estudantes de enfermagem italianos sobre a prevenção de UP baseada em *guidelines* orientadas por evidências, onde concluíram que as atitudes perante a prevenção tinham pontuações elevadas, encontrando uma fraca correlação entre conhecimentos e atitudes. Neste estudo, concluíram que as atitudes positivas poderão contribuir para agir de acordo com as *guidelines* emanadas.

#### **2.6.1. Fatores e barreiras que influenciam a prevenção das úlceras de pressão**

A revisão da literatura, efetuada por Waugh (2014), encontrou quatro estudos em que as barreiras percebidas e as oportunidades para a prevenção de UP foram examinadas (Athlin [et al], 2009; Källman & Suserud, 2009; Samuriwo, 2010; Strand e Lindgren, 2010). Nestes estudos, as barreiras identificadas pelos enfermeiros mais comumente citadas são o estado dos doentes, a falta de tempo, a falta de pessoal, a falta de conhecimentos, falta de continuidade de cuidados e a falta de material de distribuição de pressão.

Em 2014, Dellefield e Magnabosco realizaram entrevistas individuais à equipa de enfermagem de dois lares dos Estados Unidos da América e concluíram que os fatores individuais que influenciam a prática preventiva foram a sensação de responsabilidade para com os idosos e a crença na efetivação e na importância de medidas preventivas. Os fatores organizacionais apontados como influência foram a existência de práticas cooperativas entre os assistentes de enfermagem e enfermeiros na avaliação do risco; o trabalho de equipa; a comunicação e um compromisso pelo bem-estar dos idosos. A integração e reforço destes fatores são recomendados no desenvolvimento e manutenção de planos de prevenção de UP. Os fatores individuais e organizacionais vêm provar que a prevenção de UP é algo complexo e holístico.

Beeckman [et al] (2010) referem que a aplicação de uma correta política preventiva estava relacionada com as atitudes positivas dos enfermeiros. Stranda e Lindgren (2010) encontraram diferenças significativas nas atitudes de enfermeiros com e sem formação em cuidados intensivos ou anestésicos. Estes autores referem que a “pressão” social, vinda dos colegas de trabalho, para que uma correta prevenção de úlceras de pressão seja realizada, é um fator importante no executar estratégias de prevenção. Esta opinião é corroborada por Moore e Price (2004).

Strand e Lindgren (2010) desenvolveram um estudo numa unidade de cuidados intensivos, onde destacam as áreas onde podem ser feitas alterações para facilitar a prevenção de úlceras em UCI, como o aumento do conhecimento e fazer da prevenção de úlceras de pressão uma preocupação diária.

Beeckman [et al] (2010) referem que estratégias para melhoria de atitudes e conhecimentos devem centrar-se na interação e num feedback construtivo entre enfermeiros. Estes verificaram que as atitudes dos enfermeiros em relação às UP estão significativamente correlacionadas com a aplicação da prevenção adequada e que a adequação das medidas preventivas era pobre.

Islam (2010), na sua publicação, sugere que os enfermeiros precisam de desenvolver atitudes positivas e aumentar conhecimentos para melhorar as práticas.

Beeckman [et al] (2011) salientam o trabalho de Bostrom e Kenneth (1992), que identificaram a falta de interesse e a baixa prioridade da prevenção na assistência de enfermagem como barreiras importantes para a efetiva prevenção de úlceras de pressão. Referem, também, o estudo de Maylor e Torrance (1999), que enfatizam a importância da falta de motivação individual como uma barreira para a prevenção eficaz. Para Beeckman [et al] (2011) as atitudes são negativamente afetadas pela falta de tempo, falta de profissionais, baixos conhecimentos e equipamento insuficiente.

Outro fator importante são as barreiras percebidas e as oportunidades de providenciar cuidados. A identificação e a eliminação de barreiras pode melhorar as medidas preventivas efetuadas pelos enfermeiros (Waugh, 2014). Perceber as barreiras e as atitudes de prevenção de UP irá providenciar aos enfermeiros competências para desenvolver estratégias para mudar comportamentos e reduzir a incidência de UP.

Saleh [et al] (2013) dizem que um programa educativo de prevenção permitirá um alargar de conhecimentos sobre as úlceras, mantém os enfermeiros a par dos novos conhecimentos produzidos e pode eliminar o sofrimento dos doentes. Estes programas também poderão desenvolver na equipa atitudes profissionais que podem melhorar a qualidade dos cuidados. Os programas referidos pretendem diminuir o fosso entre teoria e prática, bem como reduzir o tempo entre resultados de pesquisa e sua implementação.

As práticas preventivas foram, por diversas vezes, consideradas acidentais e erráticas, sendo afetadas pela falta de tempo e de pessoal (Moore e Price, 2004). Estas seriam, também, barreiras que impediam que os enfermeiros com atitudes positivas efetivassem um cuidado eficaz.

Funkessona [et al] (2007), num estudo realizado na Suécia em lares, chegaram à conclusão que o raciocínio dos enfermeiros relativamente à prevenção de UP é dominado pelo pensamento de rotina. No entanto, quando os enfermeiros conheciam mais a pessoa em causa, este pensamento seria mais complexo. O raciocínio baseado em antigas ideias e tradições sobrepõe-se ao raciocínio baseado em evidências, o que denota necessidades formativas dos enfermeiros. Funkessona [et al] (2007) chegaram à conclusão que a experiência, conhecimento e a proximidade com o doente são fatores importantes que afetam o raciocínio.

Källman e Suserud (2009), num estudo em que, entre outros objetivos, pretenderam saber quais as atitudes dos enfermeiros perante as úlceras de pressão, constataram que os resultados de pesquisas recentes e orientações não conseguiram chegar a este grupo profissional.

Moore e Price (2004) referiam frequentemente a falta de tempo e de colegas para a realização de uma adequada prevenção de úlceras de pressão. Estes autores referem que o comportamento perante a prevenção de úlceras de pressão pode ser errático, apesar das atitudes positivas. As estratégias para melhoria passam por dar poder aos enfermeiros para que solucionem as barreiras que estes considerem existirem para a prevenção de úlceras de pressão.

Pancorbo-Hidalgo [et al] (2006), num estudo em Espanha, concluíram que o nível de implementação dos protocolos preventivos é menor que o nível de conhecimento dos enfermeiros. Uma possível explicação para este facto é que os enfermeiros encontram

diversas barreiras que impedem a total implementação dos protocolos. A validar esta vertente organizacional, Dellefield (2014) também refere que a baixa utilização de instrumentos de avaliação de risco, falta de *guidelines* que cheguem a todo o pessoal, a falta de implementação das *guidelines*, o registo de dados que não é compatível com o previsto nas *guidelines*, a falta de tempo para a prevenção, a falta de enfermeiros, a falta de apoio da família dos doentes e a falta de supervisão clínica por parte de superiores, contribuem para o insucesso das políticas de prevenção de úlceras de pressão. Halfens e Egginks (1995) referem que as atitudes são importantes para a mudança de comportamento mas também o suporte institucional e as normas institucionais, em detrimento de protocolos ou regras. Islam (2010) diz que o fator individual (como o estar desperto para a questão) é essencial e que não há correlação entre idade e tempo de experiência e atitudes. Políticas organizacionais, falta de *guidelines* e falta de enfermeiros e muito trabalho percecionado pelos enfermeiros podem afetar as atitudes.

Pancorbo-Hidalgo [et al] (2006), sugerem como melhoria na prevenção das UP e como modo de eliminação de barreiras para a sua prevenção, as mudanças nas políticas de saúde, o envolvimento ativo das instituições (para melhorar a disponibilidade de recursos) e a melhoria na motivação dos enfermeiros relativamente a esta problemática. Este estudo sugere que será necessário um esforço importante a nível internacional para disseminar as *guidelines* de prevenção de UP. Esta disseminação será mais favorável com algoritmos de decisão. Outra sugestão apontada por este estudo é o da educação dos enfermeiros em matéria de feridas crónicas, de modo a melhorar conhecimentos e técnicas.

Em 2007, Hidalgo [et al], numa revisão sistemática da literatura de artigos sobre conhecimentos sobre a prevenção de UP em português, inglês, francês e português, concluíram que se utilizam medidas preventivas já desaconselhadas, pelo que terá de se realizar um esforço para os profissionais implementarem na prática os conhecimentos consoante estes são produzidos pela comunidade científica. É necessário, também, um esforço formativo no tratamento das UP, uma vez que conhecimentos fulcrais e imprescindíveis para o seu cuidado são desconhecidos para um número elevado de profissionais. Källman e Suserud (2009) destacam a necessidade de reduzir ainda mais o fosso entre a investigação e a prática.

Rodrigues (2009), no seu estudo, constatou que os fatores que influenciam positiva e negativamente a realização de cuidados adequados (dependendo da sua abundância ou escassez) foram os recursos materiais e humanos, seguindo-se a formação dos enfermeiros

na área da prevenção de UP, bem como as políticas de prevenção das instituições. No que concerne às políticas de prevenção, foram especificadas a falta de incentivo na formação e a falta de protocolos de prevenção como fatores condicionantes. Por outro lado, foram referidas a frequência das visitas domiciliárias, o envolvimento dos cuidadores e a parceria com outros profissionais de saúde como potencialidades para a prevenção das UP. Este estudo também diz que nas instituições onde existem protocolos de prevenção, os cuidados preventivos são melhores.

Athlin [et al] (2009), no estudo citado por Waugh (2014), chegaram à conclusão que a falta de tempo e a percepção que os enfermeiros tinham sobre as variáveis que afetam a prevenção, são barreiras significativas a uma prevenção eficaz. Samuriwo (2010), citado pelos mesmos autores, refere que os fatores ambientais e a falta de tempo fazem com que haja uma prevenção deficitária. Por outro lado, este mesmo autor refere que, muitas vezes, os cuidados preventivos são executados por estudantes de enfermagem ou assistentes, o que poderá ser uma barreira aos mesmos. Outra conclusão a que chegou é a de que os enfermeiros desvalorizam a prevenção de UP em doentes críticos.

Para Sving [et al] (2012), citado por Waugh (2014), a prevenção de UP está relacionada com uma cultura de cuidados e de rotinas. A forma como os enfermeiros prestam cuidados preventivos, documentam e refletem sobre os mesmos, devem ser examinados para que as barreiras (reais e imaginárias) sejam eliminadas (Beeckman [et al], 2011).

Os fatores e barreiras que influenciam as atitudes perante a prevenção de UP são diversos e complexos. Um fator importante é o conhecimento dos enfermeiros, pelo que se vai abordar de seguida.

### **2.6.2. Conhecimentos e atitudes**

Numa revisão sistemática da literatura de artigos sobre conhecimentos sobre a prevenção de UP em português, inglês, francês e português, efetuada por Hidalgo [et al] (2006), concluíram que existe um aceitável nível de conhecimentos das recomendações sobre a prevenção e cuidados às UP, sendo superior o conhecimento sobre fatores de risco e prevenção do que sobre o tratamento; que a formação específica sobre UP melhora o índice

de conhecimentos; que os fatores de risco mais importantes são conhecidos pela maior parte dos enfermeiros; que as intervenções preventivas tradicionais são bem conhecidas, ao passo que as intervenções como a gestão de superfícies de apoio e a educação do doente e família são pouco conhecidas.

No que se refere a fontes do conhecimento sobre prevenção de UP, Rodrigues (2009) refere que a principal é a leitura bibliográfica, completada pela formação. Esta última considera-se atual neste estudo porque 68,7% dos enfermeiros, a obtiveram nos últimos três anos. Inerente a estes dados, constatou-se a não existência de conhecimentos insuficientes sobre a prevenção de UP.

Beeckman [et al] (2010), constataram que o conhecimento não está correlacionado com a aplicação correta de estratégias de prevenção e que o conhecimento dos enfermeiros era inadequado. No entanto, no estudo efetuado por estes autores, chega-se à conclusão que há uma correlação entre atitudes e conhecimentos.

No entanto, Islam (2010) não encontrou correlação significativa entre conhecimento e atitudes. Os enfermeiros podem estar menos despertos para a questão porque têm menos conhecimentos.

Num estudo posterior, Beeckman [et al] (2011) encontraram uma correlação positiva entre as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras de pressão e o seu conhecimento e a aplicação adequada de medidas preventivas. Foi encontrada uma correlação positiva geral entre conhecimentos e atitudes sobre a prevenção de úlceras de pressão.

Também Saleh [et al] (2013), num estudo na Jordânia, com a aplicação de um questionário sobre conhecimentos e práticas preventivas e de tratamento, chegaram à conclusão que o conhecimento e a educação dos enfermeiros está correlacionado com a implementação adequada de medidas preventivas. Outra conclusão a que chegaram é a de que apesar de os conhecimentos sobre úlceras de pressão serem adequados, as intervenções preventivas são, por vezes inadequadas. Concluíram, também, que a implementação de medidas preventivas e tratamento depende, primeiramente, do conhecimento mas pode beneficiar com o uso de escalas de risco e de classificação de UP.

Simonetti [et al] (2015) num estudo sobre conhecimentos e atitudes de estudantes de enfermagem italianos sobre a prevenção de UP baseada em *guidelines* orientadas por



evidências, perceberam que os conhecimentos dos estudantes era fraco e pode resultar em adesões parciais às *guidelines*, o que pode influenciar negativamente o cuidar do utente. O ano que os estudantes frequentavam, a experiência na prática e o número de serviços por onde passaram durante o ensino clínico, estão significativamente relacionados com os conhecimentos e atitudes. Deste modo, estudantes com mais anos de curso e/ou com mais experiência clínica, têm melhores conhecimentos. Deste estudo também se conclui que mais de dois terços dos estudantes têm predisposição para responder favoravelmente à prevenção de UP, mas muitas das medidas preventivas não eram conhecidas.

Devido ao carácter complexo das atitudes, a influência que os conhecimentos têm nas mesmas são díspares.



### 3. METODOLOGIA

A investigação produzida em Portugal acerca das atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de úlceras de pressão é limitada, sendo o único estudo a que se teve acesso o realizado por Batista (2012) aquando da adaptação transcultural do *Attitude Towards Pressure Ulcers*. Também a nível internacional, Beeckman [et al] (2011) referem que o número de estudos sobre as atitudes dos enfermeiros em relação à prevenção de úlceras de pressão é limitado. O estado do conhecimento descrito no capítulo anterior, permite-nos concluir que continuam a existir questões por responder, nomeadamente quais os determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros que trabalham em cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão.

Sendo uma área pouco estudada em Portugal, uma vez que a validação e adaptação transcultural da escala da *Attitude Towards Pressure Ulcers* apenas foi efetuada em 2012 e publicada em formato de artigo em Julho de 2013, justifica a pertinência do presente estudo.

Fortin (1999) refere que a escolha da metodologia a utilizar numa investigação está relacionada com o conhecimento já existente sobre a temática em análise e o domínio do investigador. Após ter sido realizada pesquisa bibliográfica e estudo sobre o tema, refletida no capítulo anterior, foi definida a seguinte questão de investigação de partida: “Quais os determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão?”.

No presente capítulo pretende-se apresentar o método da investigação.

#### 3.1. Finalidades e Objetivos

Constituem-se como principais finalidades do presente estudo:

- Contribuir para a melhoria da perceção da dimensão do problema, no âmbito das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção das úlceras de pressão;

- Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina de Enfermagem, na área da prevenção de úlceras de pressão e, nomeadamente, nas atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a mesma;
- Contribuir para a consciencialização dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes acerca das suas atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão;
- Contribuir para colmatar áreas em que a atitude é mais negativa, através do estabelecimento de, por exemplo, programas de intervenção na área.

Em conformidade com a questão de investigação e para lhe dar resposta, traçou-se o seguinte objetivo geral: “Analisar determinantes associados às atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão”.

Para tal, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Descrever conhecimentos dos enfermeiros relativamente à prevenção de úlceras de pressão.
- Descrever as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos perante a prevenção de úlceras de pressão.
- Avaliar determinantes sociodemográficos associados às atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão.
- Avaliar determinantes socioprofissionais associados às atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão.
- Avaliar determinantes institucionais associados às atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão.
- Avaliar a relação entre conhecimentos dos profissionais as atitudes perante a prevenção de UP.

### 3.2. Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos definidos e considerando as limitações temporais do estudo, realizou-se um estudo quantitativo, de nível II, descritivo-correlacional, tendo por base um modelo não experimental e sendo um estudo transversal.

O enfoque é quantitativo, uma vez que “(...) utiliza a coleta e a análise de dados para responder às questões de pesquisa (...) e confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população” (Sampieri, 2013, p. 5) e é um processo organizado de colheita de dados observáveis e quantificáveis.

A pesquisa que se realizou enquadra-se neste tipo de estudo, uma vez que se utilizou um questionário (e uma escala validada para a população portuguesa, o “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT” e quantificaram-se os resultados.

O tipo de estudo que se realizou foi descritivo, uma vez que estes “(...) procuram especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que se submeta à análise” (Danhke, 1998 in Sampieri [et al], 2013, p. 101). Foi, também, correlacional, uma vez que tem como objetivo avaliar a relação entre dois ou mais conceitos, categorias e variáveis (Sampieri [et al], 2013). Ou seja, um estudo descritivo-correlacional é adequado quando “(...) o investigador tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever estas relações” (Fortin, 1999, p. 174). Para além de se pretender verificar a existência de relação entre variáveis também se pretende analisar a intensidade dessas relações.

A pesquisa que se executou teve por base um modelo não experimental, uma vez que consiste em “(...) observar fenómenos tal como se produzem em seu contexto natural, para depois analisá-los” (Sampieri [et al], 2013).

Relativamente à dimensão temporal do estudo, este foi transversal, porque a colheita de dados realizou-se num único momento, com o objetivo de descrever os fenómenos e as relações entre eles num dado momento.

### **3.3. População e amostra**

A população é definida como o “(...) conjunto de todos os casos que concordam com determinadas especificações” (Sampieri, 2013, p. 253). Como tal, este estudo teve como população alvo os enfermeiros que desempenham funções nas unidades de cuidados

intensivos polivalentes, com internamento de adultos, de Portugal. O facto de se pretender ter como população os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos polivalentes, prende-se com o tipo de doentes internados, a duração do internamento e, consequentemente, o tipo de cuidados a efetuar, serem similares.

Na impossibilidade de estudar toda a população, partiu-se para a selecção de uma amostra.

A amostra é definida como um subgrupo da população que deve ter em consideração as suas características. Para tal, terá de ser aplicada uma técnica de amostragem adequada. Para Fortin, a técnica de amostragem é “(...) o procedimento pelo qual (...) um subconjunto de uma população é escolhido com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, de tal forma que a população inteira que nos interessa esteja representada” (Fortin, 1999, p. 202).

O método de amostragem escolhido foi condicionado pelo tempo previsto para a elaboração da dissertação de Mestrado e pela resposta dos Conselhos de Administração dos hospitais para a elaboração do estudo. Após ponderar essas condições e verificar a existência destas condicionantes, a seleção da amostra recaiu sobre uma amostra não probabilística ou amostra por conveniência, uma vez que o procedimento para a seleção dos indivíduos para o estudo foi informal. A amostra recaiu nos enfermeiros que trabalham em UCIPs de seis hospitais da região Norte (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.; Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.; Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.; Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.; Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. e Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.) que responderam a um questionário *on-line* (através da plataforma Google Docs) no período de 4 de Maio de 2015 a 6 de Setembro de 2015. Escolheram-se estes 6 centros hospitalares que integram 120 enfermeiros a trabalhar nas UCIPs.

Para a seleção da amostra, foi solicitado aos enfermeiros chefes dos serviços os e-mails dos enfermeiros que se disponibilizavam a participar no estudo. Posteriormente foi enviado um convite, a cada um dos enfermeiros, para o preenchimento do questionário através da plataforma.

No final do período de colheita de dados obtiveram-se 107 respostas de enfermeiros que se voluntariaram a responder. Definiram-se como critérios de inclusão serem enfermeiros que prestavam cuidados diretos ao doente crítico.

### 3.4. Hipóteses de investigação

Tratando-se de um estudo descritivo-correlacional, optou-se por definir hipóteses, tendo por base a revisão da literatura efetuada. Assim, definiram-se as seguintes hipóteses:

H1: Observam-se diferenças das atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão, em função do sexo.

H2: Existe associação entre as atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão e a idade dos enfermeiros.

H3: Observam-se diferenças das atitudes perante a prevenção de UP em função das habilitações académicas dos enfermeiros.

H4: Observam-se diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP em função das habilitações profissionais dos enfermeiros.

H5: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função dos serviços em que o enfermeiro trabalhou anteriormente.

H6: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função da formação específica em CI.

H7: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função dos anos de experiência profissional.

H8: Observam-se diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP em função dos anos em que o profissional trabalha no presente serviço (UCIP).

H9: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP e os seus conhecimentos.

H10: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e a formação específica na área de feridas/UP.

H11: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e a duração da formação específica na área de feridas/UP.

H12: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e o tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/UP.

H13: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas.

H14: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre se os registos efetuados na instituição são corretamente efetuados.

H15: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas.

H16: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz.

H17: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional.

H18: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado.

### 3.5. Variáveis em estudo

Perante os objetivos específicos elaborados para o presente estudo e para testar as hipóteses acima definidas, é determinante definir as suas variáveis. Uma variável é “(...) uma propriedade que pode variar e cuja variação é suscetível à medição e observação” (Sampieri, 2013, p. 121).

Conforme os objetivos e o desenho do estudo, a variável dependente são as atitudes dos enfermeiros de CI polivalentes. Esta foi obtida através da escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – versão portuguesa”.

Identificaram-se, após a análise da bibliografia consultada ao longo da elaboração do estudo, as seguintes variáveis independentes:

Variáveis sociodemográficas: Sexo; Idade; Habilitações académicas.



Variáveis socioprofissionais: Habilitações profissionais; Experiência profissional prévia; Anos de experiência profissional; Anos que o profissional trabalha no presente serviço (UCIP).

Variáveis relativas à formação e conhecimentos: Formação específica na área de cuidados intensivos; Conhecimentos sobre prevenção de úlceras de pressão; Formação específica na área de feridas/úlceras de pressão; Duração da formação específica na área de feridas/UP; Ano da última formação específica na área de feridas/UP.

Variáveis relativas a conhecimentos sobre políticas da instituição sobre UP: Percepção que os enfermeiros têm sobre o apoio institucional (*guidelines*, auditorias, suporte e equipamentos); Percepção que os enfermeiros têm sobre o trabalho dos pares (registos e “pressão” para que a prevenção seja eficaz).

Para o tratamento de dados as variáveis que apresentavam grande variabilidade de respostas foram recodificadas, de forma a agrupar num número mais restrito de atributos.

As variáveis qualitativas foram operacionalizadas como variáveis nominais, nominais dicotómicas e ordinais. As variáveis qualitativas em formato de texto livre foram codificadas em variáveis nominais. Variáveis cujos atributos numérico tinham significado numérico foram operacionalizadas como quantitativas.

### **3.6. Instrumento de colheita de dados**

Um instrumento de colheita de dados ideal deve ter em consideração o tipo de estudo e as características da população. Para o presente estudo utilizou-se o questionário e uma escala, por ser uma técnica frequente em investigações académicas, especialmente quando se pretende atingir um elevado número de indivíduos a expressar a sua opinião, factos ou atitudes (Fortin, 1999).

Um questionário pressupõe a existência de um conjunto de questões com relação a uma ou mais variáveis que podem ser medidas (Sampieri, 2013).

Uma escala de atitudes de Likert ou tipo Likert, segundo o mesmo autor (p. 306), consiste em “(...) um conjunto de itens apresentados em forma de afirmações ou juízos, perante os

quais se pede a reação dos indivíduos”. A escala de atitudes tem propriedades que terão de fazer parte da medição, como sendo a direção (positiva ou negativa) e intensidade (alta ou baixa).

### **3.6.1.Construção do instrumento**

Os instrumentos de colheita de dados utilizados pretenderam dar resposta aos objetivos acima traçados e às hipóteses definidas. Para tal utilizou-se um questionário e uma escala.

O questionário foi construído especificamente para o presente estudo, com base na revisão da literatura, noutros estudos com questões similares e opinião de peritos. Este questionário engloba questões relativas às características sociodemográficas, socioprofissionais e institucionais (APÊNDICE 15).

Para a avaliação das atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP foi usada a escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT” (APu-PT), de Batista (2012), que é uma escala traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa, do “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument” de Beeckman [et al] (2010) – ANEXO B. A escala original estava inicialmente organizada em 32 itens, organizados em 5 fatores (Competências pessoais para prevenir as UP; Prioridade da prevenção das UP; Impacto das UP; Responsabilidade na prevenção das UP e Confiança na eficácia da prevenção das UP), resultando no final do estudo, um instrumento final com 13 itens.

A APu-PT é uma escala tipo *Likert*, com 22 itens, com 4 opções de resposta :1) Concordo bastante; 2) Concordo; 3) Discordo; 4) Discordo bastante. Para a sua utilização foi solicitada autorização à investigadora que a traduziu, validou e adaptou (ANEXO A).

### 3.6.2. Pré-teste

Após a construção do questionário, este foi submetido a um pré-teste, efetuado em Março de 2015, com 10 enfermeiros, sendo que 6 eram dos Cuidados Intermédios de Cirurgia e 4 de uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Quem respondeu ao questionário avaliou a pertinência das questões, clareza e extensão. Face às opiniões foi efetuado um ajustamento com reformulação de questões e grafismo do questionário.

No geral, chegou-se à conclusão que as questões eram pertinentes e globalmente compreensíveis.

### 3.6.3. Qualidades psicométricas da escala “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT”

A “Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT” engloba 5 fatores.

O fator 1 – “Importância” -, exprime as “(...) atitudes que refletem a importância da intervenção dos enfermeiros, com base na evidência, na prevenção destas lesões” (Batista, 2012, p. 41). É constituído pelos itens 3\*, 4\*, 15\*, 19, 23\* e 32\*.

O fator 2 – “Responsabilidade”, exprime “Atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção das UP” (idem). É constituído pelos itens 9, 10, 14, 17 e 18.

O fator 3 – “Obstáculos/Barreiras”, revela as “Atitudes acerca dos fatores que impedem uma prevenção eficaz das UP” (idem) e é constituído pelos itens 11, 12\*, 16\* e 31\*.

O fator 4 – “Confiança na eficácia” engloba as “Atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz das UPs” (idem) e é constituído pelos itens 22, 29 e 30.

O fator 5 – “Competências Pessoais”, refere-se às “Atitudes relativas às capacidades individuais na prevenção das UP” (idem) e é constituído pelos itens 25, 26, 27\* e 28\*.

Os itens assinalados com \* são recodificados.

“Como os fatores não apresentam o mesmo número de itens e para permitir uma comparação entre valores dos diferentes fatores, optou-se por realizar as medidas descritivas tendo por base o *score* médio e não a média aritmética” (Batista, 2013, p. 31). Isto é, os scores das atitudes são obtidos através de médias ponderadas em função do número de itens. A “(...) *scores* de atitudes mais baixos foram atribuídas atitudes mais positivas e vice-versa. Assim espera-se que indivíduos com melhores atitudes apresentem médias mais baixas” (Batista, 2012, p. 43). Do mesmo modo, participantes com atitudes mais negativas detêm médias mais altas.

Para a avaliação da consistência interna utilizou-se o alfa de Cronbach de cada sub-escala, obtendo-se valores entre 0,230 e 0,748. Para a escala total este é de 0,764.

**Quadro 1** – Alfa de Cronbach dos fatores da escala de atitudes

<b>Fatores</b>	<b>Batista (2012)</b>	<b>Estudo</b>
Importância	0,746	0,453
Responsabilidade	0,683	0,586
Obstáculos/Barreiras	0,668	0,230
Confiança na eficácia	0,672	0,552
Competências Pessoais	0,684	0,748
APu-PT	0,847	0,764

Conforme Pestana e Gageiro (2005), a consistência interna da escala, bem como da a sub-escala “Competências Pessoais” é razoável (0,7 a 0,8), sendo para as restantes sub-escalas inadmissível (<0,6). O pior valor observou-se na sub-escala 3 “Obstáculos/Barreiras”, pelo que foi excluída da análise.

As restantes sub-escalas, apresentado valores inadmissíveis, foram consideradas, podendo estar relacionados com o reduzido número de itens e com as características da população em estudo.

Da análise da consistência interna da dimensão “Importância”, o  $\alpha$  de Cronbach é de 0,453. Porém, se se retirar o item “O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é

o médico assistente”, o valor do  $\alpha$  de Cronbach melhorava para 0,536. No entanto, considera-se a variável relevante para a sub-escala, pelo que se mantém.

### 3.7. Tratamento de dados

O tratamento de dados é realizado em função dos objetivos. As informações obtidas através dos questionários foram codificadas de forma a permitir o tratamento estatístico.

Utilizaram-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, tendo em consideração as variáveis quanto à escala de medida e o número de grupos em comparação.

Iniciou-se pela componente descritiva, com a distribuição de frequências, e para as variáveis quantitativas utilizaram-se medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (máximo, mínimo e desvio padrão) e medidas de posição (percentil 75-25).

Para a componente inferencial, para as variáveis quantitativas utilizam-se testes paramétricos, assumindo o teorema do limite central. No caso das amostras terem mais de 30 elementos, assume-se, tal como refere Pestana e Gageiro (2005), que a distribuição se aproxima da distribuição normal.

No que se refere à normalidade de distribuição, utilizaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov para amostras superiores a 50 e o de Shapiro-Wilk para amostras menores. Quando se observava violação da normalidade avaliou-se a assimetria ou curtose extremas, continuando a utilizar testes paramétricos quando os valores de Skewness e Kurtosis são inferiores a 3 e 7 (Kline, 2005). Quando tal não se observa, opta-se pela utilização de testes não paramétricos.

Para a comparação de duas amostras independentes, recorreu-se ao teste de t para amostras em que há normalidade de distribuição, ou ao teste de Mann-Whitney quando tal não se verifica.

Quando se compara mais que duas amostras independentes, recorre-se ao teste de ANOVA, após verificação da homocedasticidade. Nos casos em que os pressupostos não estavam assegurados utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

Para a avaliação da homogeneidade de variâncias, recorreu-se ao teste de Levene. Para a avaliação de medidas de associação, teve-se em consideração as variáveis quanto à escala de medida e a normalidade de distribuição, e/ou assimetria ou curtose severas, utilizando-se a correlação de Pearson ou de Spearman.

O nível de significância assumido é de 5% e o suporte informático usado para a realização destes cálculos e tratamento de dados é o software da IBM®, SPSS® versão 20.0 para Windows®.

### 3.8. Considerações Éticas

O processo de investigação, pelos componentes que possui, acarreta uma grande responsabilidade ética. Na investigação em Enfermagem, esta adquire uma componente fundamental, uma vez que à “(...) mercê do posicionamento como ciência humana, os enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem estar dos sujeitos dos estudos e como respeito pelos direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2013, p. 5).

Segundo a autora supra citada, os princípios éticos básicos de uma investigação atravessam o processo no seu todo. Destacam-se os seguintes: a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente e a garantia de respeito dos direitos dos participantes. Este último aspeto é fundamental, uma vez que os participantes no estudo deverão ter consentimento informado, esclarecido e livre sobre o mesmo, bem como a confidencialidade e proteção dos dados colhidos.

De acordo com as “Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem” (Nunes, 2013), são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação e que se tomaram em atenção no decurso da mesma: a beneficência, a avaliação da maleficência, a fidelidade, a justiça, a veracidade (seguindo o princípio ético de «dizer a verdade»), o consentimento livre e esclarecido e a confidencialidade. Estes princípios estão diretamente relacionados com o respeito pelos direitos dos participantes no estudo, nomeadamente o direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo; o direito de autodeterminação; e o direito à intimidade. Os participantes foram informados sobre as

condições nas quais ocorria o estudo, através do Consentimento Informado (APÊNDICE 16).

Para além destes aspetos básicos, a investigadora, como enfermeira, seguiu as orientações emanadas pelo Código Deontológico dos Enfermeiros, muitas das quais se regem pelos princípios acima descritos.

No decorrer da investigação, pautou-se por não beneficiar a investigadora pessoal, financeira ou politicamente na execução da mesma, na escolha do local de realização da investigação e na escolha da amostra do estudo. Estas escolhas prenderam-se exclusivamente com factos científicos e adequação de recursos.

Atendendo a que os aspetos éticos numa investigação são fundamentais para o bom funcionamento da mesma, foram realizados pedidos de autorização para a realização do estudo aos Conselhos de Administração dos vários hospitais, que submeteram a proposta de investigação às Comissões de Ética. Após as autorizações (ANEXOS C a H) procedeu-se à colheita de dados.





## 4. RESULTADOS

Os resultados referem-se aos 107 enfermeiros que responderam ao questionário, sendo apresentados conforme os objetivos. Assim inicia-se pela caracterização sociodemográfica, socioprofissional, de formação e institucional, para, posteriormente, se apresentarem as atitudes dos enfermeiros na prevenção da UP. No final, tendo por base as hipóteses definidas, apresenta-se a análise de determinantes associados às atitudes dos enfermeiros.

Num primeiro momento procede-se à descrição dos resultados e, posteriormente, à análise inferencial.

### 4.1. Caracterização sociodemográfica

A amostra de 107 enfermeiros a exercer funções em UCIP é maioritariamente (68,2%) constituída por mulheres. Quanto às idades, variam entre os 27 e os 61 anos, com média de  $36,47 \pm 6,644$  anos e mediana de 36 anos. Quando se considera os grupos etários, o mais representado é o dos 31 aos 40 anos, com 49,5% dos participantes, seguido dos com menos de 30 anos e entre 41 e 50 anos, com distribuição idêntica (23,4%).

No que se refere às habilitações académicas, predominam os enfermeiros com o grau de licenciados (89,7%), constando-se a não existência de enfermeiros com doutoramento. Os enfermeiros com mestrado representam 8,4% da amostra e 1,9% refere ter bacharelato.

**Tabela 1** – Distribuição dos enfermeiros conforme as características sociodemográficas (n=107)

<b>Sexo</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Feminino	73	68,2
Masculino	34	31,8
<b>Idade</b>		
< 30 anos	26	24,3
31 - 40 anos	53	49,5
41 - 50 anos	26	24,3
>50 anos	2	1,8
<b>Habilitações académicas</b>		
Bacharelato	2	1,9
Licenciatura	96	89,7
Mestrado	9	8,4

## 4.2. Caracterização Socioprofissional

Da análise das habilitações profissionais dos enfermeiros (Tabela 2), constata-se que 58,9% dos inquiridos possuem o Curso de Licenciatura ou equivalente legal; 15,0% uma Pós-graduação e 26,2 % um Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

Na questão relativa às áreas das Pós-Graduações, nas pessoas que tinham mais que uma Pós-Graduação, considerou-se a mais relacionada com o Doente Crítico ou UP, tendo resultado quatro grupos: Bloco Operatório/Anestesiologia; Emergência/Urgência/Trauma/Cuidados Intensivos; Gestão/Administração Hospitalar; Outras (considera-se Neurociências; Cuidados ao Idoso/Geriatria; Cuidados à pessoa com dor).

Quanto às áreas das Pós-Graduações, predomina a de “Emergência/Urgência/Trauma/Cuidados Intensivos” (43,8%), seguido de outras áreas (25%).

Relativamente aos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, consideraram-se os existentes, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, na Portaria nº 268/2002 (2002, p. 2305-2309): Enfermagem Comunitária; Enfermagem Médico-Cirúrgica; Enfermagem de Reabilitação; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Na Enfermagem Médico-Cirúrgica, incluíram-se as Pós-Licenciaturas em Cuidado ao Doente Crítico.

O Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica é o mais predominante (82,1%), seguido de Enfermagem de Reabilitação (10,7%), havendo ainda enfermeiros com o curso de Enfermagem Comunitária e de Saúde Mental e Psiquiatria.

Os serviços onde os enfermeiros trabalharam foram agrupados em 5 grandes áreas: Cuidados de Saúde Primários; Cuidados Intensivos/Cuidados Intermédios; Pré-Hospitalar/Serviço de Urgência/Bloco Operatório; Internamento; Múltiplos serviços com internamento e doente crítico. Consideraram-se no “Internamento” os serviços médicos e cirúrgicos, bem como o exercício profissional em Serviços de Cuidados Continuados e Lares, uma vez que a situação de dependência dos utentes internados nos mesmos se assemelha ao internamento hospitalar. As consultas externas foram incluídas nos Cuidados de Saúde Primários, uma vez que as suas características poderão ser semelhantes. Este agrupamento prende-se com semelhanças nas características dos doentes e nos cuidados a prestar.

No que se refere ao trabalho prévio noutros serviços, 84,1% referiu ter trabalhado noutros serviços, sendo que 65,6% destes trabalharam em “Internamento”. 15,9% apenas trabalhou em contexto de cuidados intensivos, desde o início da vida profissional.

Os anos de exercício profissional foram agrupados em classes, tendo em conta as competências que os enfermeiros poderiam desenvolver. Considerando que Benner (2001) refere que pessoas com mais de 5 anos de trabalho numa mesma área podem ser consideradas peritos, foram diferenciados os anos de experiência profissional nas seguintes classes:  $\leq 1$  ano; 2 - 4 anos;  $\geq 5$  anos.

Relativamente aos anos de experiência profissional, variam entre 3 e 32 anos, verificando-se uma média de  $13,92 \pm 6,475$  anos, uma mediana de 14 anos e uma moda de 7 anos. Nenhum enfermeiro trabalhava há 1 ano ou menos. A maioria dos inquiridos (97,2%) trabalhava há 5 ou mais anos.

Quanto aos anos de trabalho nas UCIPs, variam entre 0 e 25 anos, verificando-se uma média de  $9,37 \pm 6,136$ , uma mediana de 9 anos e uma moda de 1 ano. 75,7% dos enfermeiros trabalham nestes serviços há 5 ou mais anos.

**Tabela 2** – Distribuição dos enfermeiros conforme as características socioprofissionais (n=107)

<b>Habilitações Profissionais</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Curso de Licenciatura ou equivalente legal	63	58,9
Pós-Graduação	16	15,0
Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem	28	26,2
<b>Área da Pós-Graduação (n=16)</b>		
Bloco Operatório/Anestesiologia	3	18,8
Emergência/Urgência/Trauma/Cuidados Intensivos	7	43,8
Gestão/Administração Hospitalar	2	12,5
Outras	4	25,0
<b>Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (n=28)</b>		
Enfermagem Comunitária	1	3,6
Enfermagem de Reabilitação	3	10,7
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	1	3,6
Enfermagem Médico-Cirúrgica	23	82,1
<b>Trabalho prévio em serviços que não os cuidados intensivos</b>		
Sim	90	84,1
Não	17	15,9
<b>Serviços Prévios (n=90)</b>		
Cuidados de Saúde Primários	3	3,3
Cuidados Intensivos/Cuidados Intermédios	4	4,4
Internamento	59	65,6
Pré-Hospitalar/Serviço de Urgência/Bloco Operatório	16	17,8
Múltiplos serviços com internamento e doente crítico	8	8,9
<b>Anos de experiência profissional</b>		
2-4 anos	3	2,8
≥ 5 anos	104	97,2
<b>Anos de trabalho no presente serviço</b>		
≤ 1 ano	12	11,2
2-4 anos	14	13,1
≥ 5 anos	81	75,7

### 4.3. Formação e Conhecimentos sobre as úlceras de pressão

Para a caracterização da formação e conhecimentos, esta foi dividida em duas grandes áreas: uma primeira correspondente a questões que pretendem avaliar os conhecimentos/conceitos gerais e outra que questiona sobre a formação na área de úlceras de pressão/cuidados intensivos.

Para analisar os conhecimentos (Tabela 3), foram atribuídos scores para as respostas, variando estes entre 1 (Discordo Completamente) e 4 (Concordo Completamente), podendo os resultados variar entre 107 e 428, correspondendo a maiores pontuações maiores conhecimentos.

Os scores mais elevados (414) correspondem à questão relativa à Nutrição (“A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de UP”), seguido das questões sobre a Pele e Dispositivos médicos (“A pele de doentes que tenham dispositivos médicos sobre a mesma deve ser alvo de uma vigilância apertada” - 410) e Escalas de avaliação do risco e Clínica (“Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma UP e deverá ser combinada com uma avaliação clínica” - 387). A questão sobre a Nutrição é a única cujas respostas variam entre 3 e 4, logo em todas as respostas há grau de concordância.

Os scores mais baixos correspondem à questão relativa à Classificação das UP (“As UP são, atualmente, classificadas em quatro graus” - 222) e Humidade (“A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca UP” – 258), representando os restantes scores intermédios (Tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição dos enfermeiros quanto aos conhecimentos/conceitos gerais sobre UP (n=107)

<b>Conhecimentos</b>	<b>Scores</b>
As UP são, atualmente, classificadas em quatro graus	222
Todas as UP são localizadas sobre uma proeminência óssea	304
Os doentes sedados têm, normalmente, um score baixo na subescala “Percepção Sensorial” da Escala de Braden	348
A pele de doentes que tenham dispositivos médicos sobre a mesma deve ser alvo de uma vigilância apertada	410
Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma UP e deverá ser combinada com uma avaliação clínica	387
A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca UP	258
Num doente com risco de desenvolver uma UP, um colchão de espuma viscoelástica necessita de ser combinado com o reposicionamento a cada 2 horas	319
O reposicionamento é um método preventivo preciso porque a duração da pressão e da força de torção são reduzidas	341
A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de UP	414
A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície onde o doente está deitado	328

Relativamente à formação específica na área de feridas/úlceras de pressão, agruparam-se as respostas em de acordo com a etiologia da formação em: Formação em serviço; Formação Académica (onde se inclui os Cursos de Formação Profissional, Doutoramento, Pós-Graduação, Mestrado e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem) e Congresso.

Quanto aos conhecimentos, 34,6% possuem formação específica na área de cuidados intensivos e 84,1% afirmam possuir formação específica na área de feridas/UP. Relativamente ao âmbito em que a última foi realizada, maioritariamente (71,1%) foi realizada em âmbito de formação em serviço (Tabela 4).

Relativamente às horas de formação em úlceras de pressão, 5 enfermeiros não responderam a esta questão. Das 85 pessoas que responderam, a duração varia entre 1 e 180, com média de  $22,81 \pm 25,26$  horas, mediana e moda de 20 horas.

O número de horas de formação no âmbito das feridas/UP foi agrupado em:  $\leq 5$  horas; de 6 a 29 horas e 30 ou mais horas. Esta divisão acontece porque se pretende fazer a diferenciação entre formações de curta duração (como pode ser o caso de formações em serviço) e formações noutros âmbitos, cuja carga horária é maior. As de mais de 30 horas pretendem diferenciar a duração habitual de Cursos de Formação Profissional.

Predominam os que tiveram formação entre 6 e 29 horas (35,6%) seguido dos que a formação teve duração superior a 30 horas (31,1%), havendo 27,8% cuja formação foi até 5 horas.

Quanto ao tempo que decorreu desde a última formação, teve-se em consideração que formações mais recentes poderão estar mais presentes na memória dos enfermeiros e estes possuem os conceitos mais atualizados. Neste sentido agrupou-se quanto ao ano do questionário; ano anterior ao questionário; de 3 a 5 anos antes; de 6 a 10 anos antes e há mais de 11 anos.

Quanto aos anos decorridos desde a última formação sobre feridas/UP, 8 pessoas não responderam a esta questão. Quando consideramos as que responderam (82 pessoas), o tempo varia entre menos de 1 ano e 18 anos, com média de  $2,4 \pm 2.66$  e mediana de 1 ano. Quando agrupados, observa-se maior frequência há 2 ou menos (40,2%), sendo que 70,1% realizaram a última formação há 5 anos ou menos.

**Tabela 4** – Distribuição dos enfermeiros quanto à construção da formação em UP/CI (n=107)

<b>Formação específica na área de cuidados intensivos</b>	<b>ni</b>	<b>%</b>
Sim	37	34,6
Não	70	65,4
<b>Formação em feridas/UP</b>		
Sim	90	84,1
Não	17	15,9
<b>Âmbito da formação (n=90)</b>		
Formação em Serviço	64	71,1
Formação Académica	24	26,7
Congresso	2	2,2
<b>Horas de formação (n=90)</b>		
≤5 horas	25	27,8
6-29 horas	32	35,6
≥30 horas	28	31,1
Não responde	5	5,6
<b>Anos decorridos desde a última formação (n=82)</b>		
≤ 2 anos	43	40,2
3-5 anos	32	29,9
6-10 anos	6	5,6
>11 anos	1	0,9

#### 4.4. Conhecimentos sobre políticas da instituição sobre úlceras de pressão

Relativamente à perceção dos enfermeiros sobre políticas da instituição e do serviço relativamente à prevenção de UP (Quadro 2), as afirmações mais positivas são relativamente à existência de equipamentos adequados no serviço para a prevenção eficaz de UP (85%); ao registo das medidas preventivas ser corretamente efetuado (74,8%); à perceção de que o hospital ou serviço têm *guidelines* específicas sobre a prevenção de UP



(72,9%); à “pressão” por parte dos colegas que trabalham consigo para que a prevenção de UP seja eficaz (72%).

Os valores mais baixos são observados na percepção da existência de supervisão/auditorias sobre as medidas preventivas efetuadas pelos enfermeiros (52,3%).

É ainda de salientar que 9,3% dos enfermeiros referem “não saber”, quer no que concerne à supervisão/auditorias, quer quanto ao suporte institucional.

**Quadro 2** – Distribuição dos enfermeiros conforme as suas perspetivas quanto à política institucional e do serviço relativamente às UP (n=107)

	Sim		Não		Não sei	
	Ni	%	Ni	%	ni	%
<b>Guidelines</b>	78	72,9	22	20,6	7	6,5
<b>Registos</b>	80	74,8	24	22,4	3	2,8
<b>Supervisão/Auditoria</b>	56	52,3	41	38,3	10	9,3
<b>“Pressão” dos enfermeiros</b>	77	72,0	28	26,2	2	1,9
<b>Suporte Institucional</b>	75	70,1	22	20,6	10	9,3
<b>Equipamento adequado</b>	91	85,0	16	15,0	-	-

#### 4.5. Atitudes na prevenção de úlceras de pressão

Na análise das atitudes, estas foram avaliadas através de médias ponderadas, podendo variar entre 1 e 4. Segundo Batista (2012, p. 43), “(...) os *scores* de atitudes mais baixos foram atribuídos a atitudes mais positivas e vice-versa. Assim, espera-se que indivíduos com melhores atitudes apresentem médias mais baixas e participantes com atitudes mais negativas detenham médias mais altas”.

Os valores mais elevados são relativos à “Importância”, variando entre 1,33 e 2,83, com média de  $1,94 \pm 0,345$  e mediana de 1,83. Os valores mais baixos são na “Confiança na eficácia”, variando entre 1 e 2,67, com média de  $1,48 \pm 0,41$  e mediana de 1,33 (Quadro 3)

A “Responsabilidade” e as “Competências Pessoais” apresentam valores próximos, variando a primeira entre 1,00 e 2,8, com média de  $1,58 \pm 0,376$  e mediana de 1,6, enquanto a segunda, varia entre 1 e 2,75, com média de  $1,61 \pm 0,435$  e mediana de 1,75 (Quadro 3).

Em termos globais, as atitudes variam entre 1,22 e 2,28, com média de  $1,69 \pm 0,275$  e mediana de 1,67. Globalmente, as atitudes são positivas. As atitudes mais negativas verificam-se na dimensão “Importância” e as mais positivas nas dimensões “Confiança na eficácia”, assumindo as restantes (“Responsabilidade” e “Competências Pessoais”) valores intermédios.

**Quadro 3** – Caracterização da amostra quanto às atitudes perante a prevenção de UP (n=107)

Fatores	Mín-Máx	Mediana	P25-p75	Média±Desvio Padrão
Importância	1,33-2,83	1,83	1,67-2,17	$1,94 \pm 0,345$
Responsabilidade	1,00-2,80	1,60	1,20-1,80	$1,58 \pm 0,376$
Confiança na eficácia	1,00-2,67	1,33	1,00-1,67	$1,48 \pm 0,410$
Competências Pessoais	1,00-2,75	1,75	1,25-2,00	$1,61 \pm 0,435$
APu-PT	1,22-2,28	1,67	1,44-1,89	$1,69 \pm 0,275$

#### 4.6. Análise da associação entre características da amostra e atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão

A fim de dar resposta às hipóteses definidas, procedeu-se à análise das associações entre as atitudes e as características sociodemográficas, socioprofissionais, formação e conhecimentos e políticas institucionais relacionadas com as UP.

##### 4.6.1. Associação entre características sociodemográficas e atitudes

As hipóteses que contemplavam as características sociodemográficas referiam-se à associação entre o sexo, idade e habilitações académicas com as atitudes dos enfermeiros.

*H1: Observam-se diferenças das atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão, em função do sexo*

Para a análise desta hipótese, tendo cada uma das amostras mais de 30 elementos, optou-se pelo teste de  $t$  para amostras independentes e observa-se homogeneidade de variâncias em todas as situações (APÊNDICE 1).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitude nem na escala total, não se confirmando a hipótese (Quadro 4).

**Quadro 4** - Análise das diferenças das atitudes em função do sexo (Teste de  $t$ )

Dimensões	Teste $t$		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	-0,572	105	0,569
Responsabilidade	-0,797	105	0,427
Confiança na eficácia	0,264	105	0,793
Competências Pessoais	1,189	105	0,237
APu-PT	-0,060	105	0,953

*H2: Existe associação entre as atitudes perante a prevenção de úlceras de pressão e a idade dos enfermeiros.*

Para a verificação desta hipótese, recorre-se à correlação de Pearson, não se observando associação significativa quer entre a idade e as dimensões da APu-PT, quer entre a idade e o score global da APu-PT (Quadro 5).

**Quadro 5** – Análise da correlação entre a Idade e as dimensões da APu-PT, e a idade e a APu-PT (global) (n=107)

Dimensões	Idade	
	R	Sig
Importância da prevenção das UP	-0,024	0,810
Responsabilidade	-0,041	0,672
Confiança	0,026	0,794
Competências Pessoais	-0,085	0,384
APu-PT	-0,049	0,616

*H3: Observam-se diferenças das atitudes perante a prevenção de UP em função das habilitações académicas dos enfermeiros.*

Para efeito de tratamento de dados e tendo em consideração que com o Mestrado os conhecimentos e capacidades desenvolvidas são distintas das do Bacharelato e Licenciatura, estas últimas foram agrupadas. Considera-se um grupo de enfermeiros com Mestrado e outro com Bacharelato e Licenciatura.

Como o grupo dos enfermeiros com Mestrado tem 9 elementos, avaliou-se a normalidade de distribuição, observando-se a sua presença (Shapiro-Wilk – 0,935; df – 9; sig – 0,526), pelo que se procedeu à análise de diferenças de médias através do teste de t para amostras independentes.

Entre os grupos, observa-se homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 2).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões nem na escala de atitudes, não se confirmando a hipótese.

**Quadro 6** – Análise das diferenças das atitudes em função das habilitações académicas (Teste de t)

<b>Dimensões</b>	<b>Teste t</b>		
	<b>Valor de teste</b>	<b>df</b>	<b>Sig</b>
Importância da prevenção das UP	-1,416	105	0,160
Responsabilidade	-0,478	105	0,634
Confiança	0,316	105	0,753
Competências Pessoais	-0,609	105	0,544
APu-PT	-0,906	105	0,367

#### **4.6.2. Associação entre características socioprofissionais e atitudes**

Relativamente às características socioprofissionais, considera-se as habilitações profissionais, experiência profissional prévia, anos de experiência profissional e anos de trabalho nos CI.

*H4: Observam-se diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP em função das habilitações profissionais dos enfermeiros.*

Avaliou-se a normalidade de distribuição, não se verificando nos casos das dimensões Importância, Responsabilidade, Confiança na eficácia e Competências Pessoais (em pessoas que tiraram o Curso de Licenciatura ou equivalente legal); Responsabilidade, Confiança na eficácia e Competências Pessoais (em pessoas que tiraram o Curso de Pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem); e na dimensão Confiança na eficácia (em pessoas que tiraram uma Pós-Graduação). No entanto, também não se observam assimetria ou achatamento severos. Observa-se homocedasticidade, pelo que, para a análise das diferenças, utilizou-se a ANOVA a um fator nominal (APÊNDICE 3).

Não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões nem na escala de atitudes, não se confirmando a hipótese.

**Quadro 7** – Análise das diferenças entre grupos (ANOVA)

<b>Dimensão</b>	<b>F</b>	<b>df</b>	<b>Sig</b>
Importância	0,199	2; 104	0,820
Responsabilidade	2,368	2; 104	0,099
Confiança na eficácia	2,831	2; 104	0,063
Competências Pessoais	0,913	2; 104	0,405
APu-PT	2,231	2; 104	0,112

*H5: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função dos serviços em que o enfermeiro trabalhou anteriormente.*

Para a análise desta hipótese, construíram-se dois grupos: o de enfermeiros que trabalharam anteriormente em serviços que não os cuidados intensivos (90) e os que apenas trabalharam em cuidados intensivos (17). Verificaram-se os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Para a dimensão “Confiança na eficácia”, na amostra que respondeu “Não”, a distribuição não é normal. No entanto, também não se observam assimetria ou achatamento severos (APÊNDICE 4). Para as restantes dimensões e para a APu-PT, a distribuição é normal.

Observa-se homogeneidade de variâncias em todas as dimensões e na APu-PT (APÊNDICE 4).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitude, não se confirmando a hipótese (Quadro 8).

**Quadro 8** – Análise das diferenças das atitudes em função do trabalho noutros serviços

Dimensões	Teste t		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	-1,857	105	0,066
Responsabilidade	-1,143	105	0,256
Confiança na eficácia	1,246	105	0,215
Competências Pessoais	-0,232	105	0,817
APu-PT	-0,973	105	0,333

*H6: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função dos anos de experiência profissional.*

Tendo em consideração a dimensão da amostra, para esta análise recorre-se à correlação de Pearson, não se observando associação significativa entre os anos de experiência profissional e as dimensões da APu-PT nem entre os anos de experiência profissional e o score global da APu-PT (Quadro 9).

**Quadro 9** – Análise da correlação entre os anos de experiência profissional e as dimensões da APu-PT e os anos de experiência profissional e a APu-PT (global) (n=107)

<b>Dimensões</b>	<b>Anos de experiência profissional</b>	
	<b>R</b>	<b>Sig</b>
Importância	-0,038	0,701
Responsabilidade	-0,058	0,554
Confiança	-0,003	0,972
Competências Pessoais	-0,129	0,185
APu-PT	-0,084	0,390

*H7: Observam-se diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP em função dos anos que o profissional trabalha no presente serviço (cuidados intensivos polivalentes).*

Face à dimensão da amostra, para esta análise recorre-se à correlação de Pearson, não se observando associação significativa entre os anos de trabalho no presente serviço e as dimensões da APu-PT e os anos de trabalho no presente serviço e a APu-PT (Quadro 10).

**Quadro 10** – Análise da correlação entre os anos de trabalho no presente serviço e as dimensões da APu-PT e os anos de trabalho no presente serviço e a APu-PT (global) (n=107)

<b>Dimensões</b>	<b>Anos de trabalho no presente serviço</b>	
	<b>R</b>	<b>Sig</b>
Importância	-0,053	0,589
Responsabilidade	-0,177	0,068
Confiança	-0,147	0,132
Competências Pessoais	-0,114	0,244
APu-PT	-0,166	0,088

#### 4.6.3. Associação entre características de formação e conhecimento e as atitudes

*H8: Observam-se diferenças nas atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP em função da formação específica em CI.*

Para a análise desta questão, consideram-se os enfermeiros com formação específica em CI (37) e sem a mesma (70), verificando-se os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos.

Na análise dos pressupostos, para a utilização do teste de t para amostras independentes observa-se homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 5).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Importância”, “Responsabilidade” e na escala geral, não se confirmando a hipótese para estas dimensões. Observa-se, porém, diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “Confiança na eficácia” e “Competências Pessoais”, confirmando-se a hipótese para estes itens (Quadro 11).

**Quadro 11** – Análise das diferenças das atitudes em função da formação específica em cuidados intensivos

Dimensões	Teste t		
	Valor de teste	Df	Sig
Importância	-0,408	105	0,684
Responsabilidade	-0,493	105	0,623
Confiança na eficácia	-2,352	105	0,021
Competências Pessoais	-2,296	105	0,024
APu-PT	-1,739	105	0,085

Relativamente à “Confiança na eficácia”, os enfermeiros com formação em cuidados intensivos apresentam médias inferiores aos restantes ( $1,36 \pm 0,363$  vs  $1,55 \pm 0,420$ ). Tendência idêntica se observa nas “Competências Pessoais” ( $1,48 \pm 0,462$  vs  $1,68 \pm 0,406$ ) - APÊNDICE 5.



*H9: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP e os seus conhecimentos.*

Para a análise desta hipótese, procedeu-se à análise de cada um das perguntas que se colocou para avaliar os conhecimentos e a APu-PT, bem com aquelas e as dimensões da APu-PT. Para esta análise recorre-se à correlação de Spearman, porque as variáveis relativas aos conhecimentos são ordinais (Quadro 12).

Relativamente à associação entre a afirmação “As úlceras de pressão são, atualmente, classificadas em quatro graus” (pergunta 16) e a APu-PT/Dimensões da APu-PT, não se verificam correlações.

No que se refere à afirmação “Todas as UP são localizadas sobre uma proeminência óssea” (pergunta 17), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Responsabilidade”, “Confiança na eficácia” e “Competências Pessoais” e na APu-PT, não se observando para a dimensão “Importância”.

Quanto à afirmação “Os doentes sedados têm, normalmente, um score baixo na subescala “Perceção Sensorial” da Escala de Braden” (pergunta 18), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Responsabilidade”, “Confiança na eficácia” e a APu-PT.

No que concerne à afirmação “A pele de doentes que tenham dispositivos médicos sobre a mesma deve ser alvo de uma vigilância apertada” (pergunta 19) e a APu-PT observa-se uma correlação estatisticamente significativa, negativa, não se observando com as dimensões da escala.

Relativamente à afirmação “Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica” (pergunta 20), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Importância” “Competências Pessoais” e a APu-PT.

Quanto à afirmação “A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão” (pergunta 21), observa-se uma correlação negativa estatisticamente significativa com a dimensão “Responsabilidade”, não se observando nas restantes situações.

Na pergunta 22, “Num doente com risco de desenvolver uma UP, um colchão de espuma viscoelástica necessita de ser combinado como reposicionamento a cada 2 horas”, não se observam correlações significativas.

No que se refere à questão “O reposicionamento é um método preventivo preciso porque a duração da pressão e da força de torção são reduzidas” (pergunta 23), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Importância”, “Confiança na eficácia” e com a APu-PT.

No que diz respeito à questão “A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão” (questão 24), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Importância”, “Responsabilidade” e com a APu-PT.

Por fim, no que se refere à questão “A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície onde o doente está deitado” (questão 25), observam-se correlações negativas estatisticamente significativas com as dimensões “Responsabilidade”, “Confiança na eficácia” e com a APu-PT.

De uma forma geral, trata-se de correlações fracas ou muito fracas.

**Quadro 12** – Análise da correlação entre os conhecimentos e as dimensões da APu-PT e os conhecimentos e a APu-PT (global) (n=107)

	<b>Importância</b>	<b>Responsabilidade</b>	<b>Confiança na eficácia</b>	<b>Competências Pessoais</b>	<b>APu-PT</b>
<b>P16</b>	-0,007	-0,03	-0,115	0,088	0
<b>P17</b>	-0,117	-0,227*	-0,204*	-0,259**	-0,272**
<b>P18</b>	-0,145	-0,192*	-0,223*	-0,131	-0,240*
<b>P19</b>	-0,179	-0,155	-0,079	-0,162	-0,195*
<b>P20</b>	-0,269**	-0,104	0,051	-0,234*	-0,212*
<b>P21</b>	-0,173	-0,228*	-0,087	-0,067	-0,189
<b>P22</b>	-0,021	0	-0,104	-0,081	-0,062
<b>P23</b>	-0,190*	-0,174	-0,220*	-0,161	-0,256*
<b>P24</b>	-0,247*	-0,238*	-0,121	-0,16	-0,239*
<b>P25</b>	-0,123	-0,254**	-0,248**	-0,136	-0,261**

\*sig 0,05 \*\*sig 0,01

*H10: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e a formação específica na área de feridas/UP.*

Para a análise desta hipótese, construíram-se dois grupos: enfermeiros tiveram formação específica na área de feridas/UP (90) e enfermeiros que não tiveram (17).

Como o segundo grupo tem < 30 elementos, verificou-se normalidade de distribuição em todas as dimensões e na escala geral, exceto na dimensão “Confiança na eficácia”. No entanto, também não se observa assimetria ou achatamento severo, nesta última (APÊNDICE 6).

Para ambos os grupos observa-se homogeneidade de variâncias, exceto na dimensão “Confiança na eficácia” (APÊNDICE 6).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitude, nem na escala total, não se confirmando a hipótese (Quadro 13).

**Quadro 13** – Análise das diferenças das atitudes em função da formação específica em feridas/UP (Teste de t)

Dimensões	Teste <i>t</i>		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	0,592	105	0,555
Responsabilidade	-1,143	105	0,256
Confiança na eficácia	-1,347	27,521	0,189
Competências Pessoais	-1,302	105	0,196
APu-PT	-0,919	105	0,360

*H11: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e a duração da formação específica na área de feridas/UP*

Para a análise da associação entre a duração da formação específica na área de feridas/UP e as dimensões e duração da formação e a APu-PT, ainda que a dimensão da amostra seja superior a 30, verificaram-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, observando-se elevado enviesamento e distribuição leptocúrtica, pelo que se optou pela utilização da correlação de Spearman (APÊNDICE 7).

Não se observam associações estatisticamente significativas (Quadro 14).

**Quadro 14** – Análise da correlação entre a duração da formação específica na área de feridas/UP e as dimensões da APu-PT e a duração da formação específica na área de feridas/UP e a APu-PT (global) (n=85)

Dimensões	Duração da formação específica na área de feridas/UP	
	Spearman's rho	Sig
Importância da prevenção das UP	-0,048	0,661
Responsabilidade	-0,207	0,057
Confiança	-0,126	0,252
Competências Pessoais	0,053	0,631
APu-PT	-0,126	0,250

*H12: Existe associação entre as atitudes dos enfermeiros e o tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/ UP.*

Para a análise da associação entre o tempo que decorreu desde a última formação na área de feridas/UP e as dimensões e a APu-PT, verificaram-se os pressupostos para a utilização de testes paramétricos, observando-se elevado enviesamento e distribuição leptocúrtica, pelo que se optou pela utilização da correlação de Spearman (APÊNDICE 8).

Da análise da associação entre a o ano da última formação específica na área de feridas/UP e as dimensões e a APu-PT, não se observam associações estatisticamente significativas ( $Sig > 0,05$ ) nas dimensões “Responsabilidade”, “Confiança na eficácia” e “Competências Pessoais” (Quadro 15).

Por outro lado, para a dimensão “Importância da prevenção das UP” e para a escala geral, há associações significativas e a correlação é negativa.

**Quadro 15** – Análise da correlação entre o ano da última formação específica na área de feridas/UP e as dimensões da APu-PT e o ano da última formação específica na área de feridas/UP e a APu-PT (global) (n=107)

Dimensões	Ano da última formação específica na área de feridas/UP	
	Spearman's rho	Sig
Importância da prevenção das UP	-0,271*	0,014
Responsabilidade	-0,125	0,263
Confiança	-0,104	0,351
Competências Pessoais	-0,028	0,800
APu-PT	-0,222*	0,045

#### 4.6.4. Associação entre os conhecimentos sobre políticas da instituição sobre úlceras de pressão e atitudes

As hipóteses que contemplavam características institucionais referiam-se à percepção que os enfermeiros têm sobre o apoio institucional (*guidelines*, auditorias, suporte e equipamentos) e à percepção que os enfermeiros têm sobre o trabalho dos pares (registos e “pressão” para que a prevenção seja eficaz).

Para a análise das hipóteses, recodificaram-se as respostas em dois grupos: “Sim” e “Não” (tendo-se incluído nesta opção a resposta “Não Sei”).

*H13: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre se existem guidelines institucionais específicas.*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que responderam “Sim” a esta questão (78) e os que responderam “Não” (29).

A normalidade de distribuição existe apenas para a escala geral, não existindo para as restantes dimensões. No entanto, também não se observam assimetria ou achatamento severos (APÊNDICE 9).

Verifica-se homogeneidade de variâncias em todas as dimensões e na APu-PT (APÊNDICE 9).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala nem para a escala total, não se confirmando a hipótese (Quadro 16).

**Quadro 16** - Análise das diferenças das atitudes em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas”

Dimensões	Teste t		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	0,752	105	0,454
Responsabilidade	-0,198	42,323	0,844
Confiança na eficácia	0,923	49,241	0,360
Competências Pessoais	-1,087	55,538	0,282
APu-PT	0,1	105	0,921

*H14: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente.*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que responderam que os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente (80) e os que responderam que “Não” (27).

Verifica-se distribuição normal nas dimensões “Competências Pessoais” e na escala geral (APÊNDICE 10), não se verificando nas restantes dimensões. No entanto, não se observam assimetria ou achatamento severos (APÊNDICE 10).

Observa-se homogeneidade de variâncias em todas as dimensões e na escala geral (exceto na dimensão “Competências Pessoais”).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitude, nem na escala total, não se confirmando a hipótese (Quadro 17).

**Quadro 17** – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados na instituição são efetuados corretamente

	<b>Teste t</b>		
<b>Dimensões</b>	<b>Valor de teste</b>	<b>df</b>	<b>Sig</b>
Importância	1,728	105	0,087
Responsabilidade	0,028	105	0,978
Confiança na eficácia	1,337	105	0,184
Competências Pessoais	0,121	53,882	0,904
APu-PT	1,097	105	0,275

*H15: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas.*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que acham que existe supervisão/auditoria das medidas preventivas (56) e os que responderam que “Não” (51).

Para a análise desta hipótese, verificamos os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos e observa-se homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 11).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala de atitude, não se confirmando a hipótese (Quadro18).

**Quadro 18** – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas

	<b>Teste t</b>		
<b>Dimensões</b>	<b>Valor de teste</b>	<b>df</b>	<b>Sig</b>
Importância	0,554	105	0,581
Responsabilidade	0,478	105	0,633
Confiança na eficácia	1,642	105	0,104
Competências Pessoais	-0,845	105	0,400
APu-PT	0,520	105	0,604

*H16: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que acham que há “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz (77) e os que acham que não (30).

Para a análise desta hipótese, verificamos os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos e observa-se homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 12).

Da análise das diferenças entre os grupos, observam-se diferenças na “Confiança na eficácia”, não se observando nas restantes dimensões nem na escala total. Relativamente à “Confiança na eficácia”, os enfermeiros que têm percepção que existe pressão efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz, apresentam médias inferiores aos restantes ( $1,43 \pm 0,386$  vs  $1,62 \pm 0,444$ ).

Assim, confirma-se parcialmente a hipótese.

**Quadro 19** – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz

Dimensões	Teste t		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	0,081	105	0,935
Responsabilidade	-1,729	105	0,087
Confiança na eficácia	-2,182	105	0,031
Competências Pessoais	0,392	105	0,696
APu-PT	-1,012	105	0,314

*H17: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que acham que há suporte institucional (75) e os que acham que não (32).



Para a análise desta hipótese, verificou-se os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos. Observa-se homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 13), exceto para a dimensão “Competências Pessoais”.

Da análise das diferenças entre os grupos, observam-se diferenças significativas nas “Competências Pessoais”, não se observando nas restantes dimensões da escala nem na escala total (Quadro 20).

Relativamente às “Competências Pessoais”, os enfermeiros que têm percepção que existe suporte institucional apresentam médias inferiores aos restantes ( $1,53 \pm 0,448$  vs  $1,78 \pm 0,352$ )

Para esta dimensão existem diferenças estatisticamente significativas, confirmando-se parcialmente a hipótese.

**Quadro 20** – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional

Dimensões	Teste t		
	Valor de teste	df	Sig
Importância	-0,607	105	0,545
Responsabilidade	-1,022	105	0,309
Confiança na eficácia	0,112	105	0,911
Competências Pessoais	-3,023	73,813	0,003
APu-PT	-1,561	105	0,122

*H18: Existem diferenças nas atitudes perante a prevenção de UP relativamente à percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado.*

Para a análise desta hipótese, consideram-se 2 grupos: o dos enfermeiros que acham que existe equipamento adequado (91) e os que responderam que “Não” (16). Verificaram-se os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos e observa-se, também, homogeneidade de variâncias (APÊNDICE 14).

Da análise das diferenças entre os grupos, não se observam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da escala nem na escala total, não se confirmando a hipótese (Quadro 21).

**Quadro 21** – Análise das diferenças das atitudes em função da percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado

	<b>Teste t</b>		
<b>Dimensões</b>	<b>Valor de teste</b>	<b>df</b>	<b>Sig</b>
Importância	-0,783	105	0,435
Responsabilidade	-0,150	105	0,881
Confiança na eficácia	-0,808	105	0,421
Competências Pessoais	-1,405	105	0,163
APu-PT	-1,078	105	0,283

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pessoa em situação crítica apresenta-se numa situação de debilidade e dependência. Para além do problema de saúde major, o ambiente que o rodeia e/ou o tratamento podem trazer complicações que aumentam a mortalidade e morbilidade. O papel do enfermeiro especialista na pessoa em situação crítica passa por identificar as situações de debilidade e dependência, focando-se no risco de complicações, contribuindo para evitar as mesmas e proporcionando conforto e bem-estar ao doente.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é uma das complicações mais relevantes em ambiente crítico. E, como tal, a atuação da equipa de enfermagem é essencial para a diminuição do mesmo. Tendo esta equipa atitudes positivas perante a prevenção de UP poderá haver uma prevenção mais eficaz. Portanto, o estudo dos fatores determinantes das atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP torna-se importante para os identificar, por forma a melhorar o seu conhecimento, permitindo uma melhoria das atitudes dos enfermeiros.

O facto de esta área ser sensível à intervenção dos enfermeiros e ser escasso o conhecimento acerca das atitudes dos enfermeiros de CI, impulsionaram para a concretização do estudo, possibilitando sugerir orientações para a formação, gestão, prática clínica e investigação. Foi neste contexto que se desenvolveu o presente estudo, em que se pretendeu avaliar os determinantes das atitudes dos enfermeiros de CI perante a prevenção de UP.

Assim, no presente capítulo, discutem-se os aspetos que se evidenciaram dos resultados, tendo presentes as hipóteses definidas. São ainda discutidas as questões metodológicas, devendo os resultados e a respetiva discussão serem perspetivados como relativos ao grupo alvo: os enfermeiros de 6 UCIPs da região Norte de Portugal.

Trata-se de um estudo quantitativo, de nível II, descritivo-correlacional, tendo por base um modelo não experimental e sendo um estudo transversal. Tem como população alvo os enfermeiros das UCIPs, tendo como amostra os enfermeiros que trabalham em UCIPs de 6 hospitais da região Norte.

Foram consideradas para o estudo as 107 respostas obtidas no período em análise, sendo os resultados e a discussão dos mesmos relativos às mesmas.

Num primeiro momento, discutem-se as características da amostra e num segundo momento os determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros perante a prevenção de UP.

Os dados sociodemográficos demonstram uma amostra maioritariamente constituída por mulheres (68,2%), que vem de encontro ao que se observa na profissão. Esta, no seu geral, continua a apresentar mais mulheres que homens. Este facto é concordante com a caracterização dos enfermeiros portugueses (em 2007), em que havia 44037 mulheres para 10183 homens (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No entanto, nestas UCIPs encontra-se uma percentagem significativa de homens (31,8%, cerca de 1/3 da amostra), o que pode estar relacionado com o facto de estes poderem procurar mais serviços de emergência/urgência, com predomínio de tecnologia e equipamentos, que é o caso das UCI.

Os enfermeiros com idades compreendidas entre os 31 a 40 anos são 49,5% da amostra. Este resultado pode estar relacionado com a diminuição/ausência de admissões para o SNS e também com o facto de a maioria dos enfermeiros antes de irem para as UCI passarem por outros serviços. Este facto é validado pelos 81,4% de enfermeiros que estiveram em serviços prévios antes das UCI, o que pode denotar a preocupação na aquisição de experiência profissional antes do início do trabalho numa área mais específica (CI). Conforme Viana (2011), um enfermeiro que atue nesta área, para além de ter de apresentar uma formação sólida, diferenciada e qualificada, deverá também englobar a experiência pessoal e profissional adquirida ao longo do tempo. A amostra tende a ter esta preocupação, adquirindo bagagem profissional e pessoal antes do trabalho em CI.

Os licenciados predominam (89,7%), o que vem de encontro ao referenciado pela Ordem dos Enfermeiros (2008), em que havia 30028 Licenciados, 15973 Bacharéis e 8219 com outra formação. É de referir que, atualmente, a formação inicial dos enfermeiros é a Licenciatura.

O facto de haver predomínio de enfermeiros licenciados, em detrimento de outros graus académicos, pode demonstrar que a preocupação em termos formativos não se prende tanto com um grau académico, mas com o conteúdo da formação. Este facto é corroborado pelos dados socioprofissionais, que revelam que 15% possuem uma Pós-graduação e 26,2 % um Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, sendo que os restantes apenas o Curso de Licenciatura ou equivalente legal. Esta situação pode indicar algum esforço da parte dos enfermeiros em ter maiores conhecimentos sobre a área em que

trabalham, talvez com o intuito de se sentirem mais preparados para dar resposta às necessidades dos utentes em situação crítica. Esta preocupação em adquirir formação para além das habilitações académicas é afirmada por Viana (2011), que refere que os enfermeiros de CI devem manter uma formação contínua, devido aos avanços tecnológicos, mas também como promoção de um desenvolvimento pessoal adequado. Este facto toma algum peso quando se analisa a área da formação pós-graduada, que é maioritariamente em “Emergência/Urgência/Trauma/Cuidados Intensivos” (43,8%) e quando consideramos a área de especialização em Enfermagem predomina o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (82,1%). Em ambos os casos as áreas de estudos estão maioritariamente relacionadas com o doente crítico, o que demonstra a procura por conhecimento adequado e atualizado, uma vez que é insuficiente apenas a formação em serviço (Viana, 2011).

O predomínio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na formação pós-graduada, vem de encontro às conclusões obtidas por Lobo (2013, p. 12), nas quais afirma que

“As especialidades médico-cirúrgicas (...) visam o desenvolvimento e especialização contínua dos enfermeiros nos seus ramos específicos, permitindo que obtenham competências que lhes permitam uma melhor performance em matérias mais complexas e específicas do seu dia-a-dia. Estas especializações permitem uma melhor preparação pessoal, permitindo o acesso a melhores remunerações e a cargos mais diferenciados e autónomos”.

O reconhecimento que é necessária uma elevada qualificação para a prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, referido pela OE (2010), pode também justificar a procura por este curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, uma vez que é neste que está integrado o Cuidado ao Doente Crítico.

Se consideramos a experiência prévia dos enfermeiros, a maioria (97,2%) tinha experiência profissional de 5 ou mais anos, o que reforça a ideia acima desenvolvida de que são poucos enfermeiros que iniciam o seu percurso profissional em UCI, possivelmente devido aos motivos acima explanados.

No presente serviço, 75,7% dos enfermeiros trabalhava há 5 ou mais anos, o que denota uma amostra com experiência de, no mínimo, 5 anos em lidar com o doente crítico.

Relativamente à formação específica em cuidados intensivos, 34,6% apresentam a mesma, o que parece indiciar que o contexto da prática clínica é, em si, um contexto de formação, uma vez que podem construir os seus conhecimentos na prática. No entanto, e como já foi

referido anteriormente, esta formação é importante devido à complexidade dos cuidados prestados.

Para uma prática clínica com qualidade há necessidade de uma sólida formação teórica. O doente crítico, pela sua vulnerabilidade, tem um risco acrescido de complicações, onde se inclui o risco de úlceras de pressão. A este propósito, um dos nossos objetivos era o de avaliar os conhecimentos dos enfermeiros relativamente às UP.

Os conhecimentos mais adequados correspondem à questão relativa à Nutrição (“A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de UP”), seguido das questões sobre a Pele e Dispositivos médicos (“A pele de doentes que tenham dispositivos médicos sobre a mesma deve ser alvo de uma vigilância apertada”) e Escalas de avaliação do risco e Clínica (“Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma UP e deverá ser combinada com uma avaliação clínica”).

Estes conhecimentos dos enfermeiros do presente estudo vão de encontro aos resultados do estudo de Hidalgo [et al] (2007), no qual os conhecimentos sobre fatores de risco e prevenção são mais elevados que os conhecimentos sobre o tratamento. Sobre este facto, os fatores de risco mais importantes são do conhecimento da maioria dos enfermeiros, nos quais se pode incluir a desnutrição e a pele sujeita a pressão. Também Batista (2013) refere que os fatores intrínsecos ao doente (como a desnutrição, idade, desidratação) mereceram relevância, o que vem de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo. Esta autora chegou ainda à conclusão que os enfermeiros do seu estudo reconhecem a importância de uma nutrição adequada na prevenção das UP e identificam os locais mais frequentes onde podem surgir as lesões por pressão.

Refere, também, que “ (...) a amostra populacional portuguesa apresentou menos respostas erradas no tema “Avaliação de Risco”, reconhecendo a importância da avaliação do risco e do preenchimento das escalas mas também a necessidade da complementaridade com a avaliação clínica” (Batista, 2013, p. 48), o que é corroborado no presente estudo em que os enfermeiros revelam elevado conhecimento sobre a utilidade das escalas de avaliação do risco de UP.

Os melhores conhecimentos sobre nutrição podem indicar uma preocupação com a nutrição do doente crítico. Estes conhecimentos são importantes, uma vez que um estado nutricional deficiente está diretamente relacionado com o desenvolvimento de UP (Campos

[et al], 2010). A nutrição do doente crítico passa, na maioria das vezes, pela alimentação entérica e parentérica, cuja administração é feita pelo enfermeiro. Tendo estes conhecimentos mais adequados, a sua otimização pode estar melhorada.

Pela sua vulnerabilidade, o doente crítico está sujeito a grande quantidade de procedimentos invasivos e utilização de dispositivos médicos. O facto de os enfermeiros terem conhecimentos adequados sobre estes revela sensibilidade e atenção perante os mesmos, o que é essencial para que não surjam UP relacionadas com os dispositivos médicos. Se considerarmos o que refere Cooper (2013), que 10% das UP em ambiente de UCI surgem devido a dispositivos médicos, a sensibilidade e atenção dos enfermeiros, a qualidade e a adequação dos dispositivos médicos, pode diminuir a incidência destas UP.

Relativamente às escalas de avaliação de risco, os enfermeiros da amostra demonstram saber que, apesar da indicação do risco ser fornecida pelas mesmas, este é condicionado por outros fatores que as escalas não avaliam. Este aspeto é essencial no doente crítico, uma vez que muitos fatores de risco que este apresenta não estão demonstrados na escala de avaliação de risco utilizada em Portugal (escala de Braden). A EPUAP/NPUAP&PPPIA (2014) refere que as escalas devem ser usadas, mas complementadas com a avaliação de fatores de risco adicionais, através do juízo clínico dos profissionais. Os enfermeiros, apresentando estes conhecimentos, para além dos valores obtidos pela escala de Braden, possivelmente terão em atenção outros fatores, de modo a que a avaliação do risco seja completa.

Os valores mais baixos dos conhecimentos referem-se aos Graus das UP (“As UP são, atualmente, classificadas em 4 graus”), Humidade (“A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca UP”) e Proeminências Ósseas (“Todas as UP são localizadas sobre uma proeminência óssea”). Estes valores mais baixos nos conhecimentos vêm de encontro às conclusões de Batista (2013, p.9) que “ (...) questões relacionadas com os diferentes fatores etiológicos das UP, distinção das lesões por humidade, sistema de classificação, reposicionamentos (ângulo e frequência), nutrição, e superfícies de apoio (estáticas/dinâmicas) revelaram necessidade de aprofundamento de conhecimentos”.

Relativamente aos graus das UP, aquando da construção do questionário, este foi realizado à luz das recomendações emanadas em 2009 pela EPUAP/NPUAP, nas quais as UP eram classificadas em 4 categorias. No entanto, em 2014, as novas recomendações referiam que o uso de grau ou categoria é permitido. Isto pode traduzir conhecimentos atualizados sobre

a temática (de acordo com as orientações de 2014) ou conhecimentos inadequados (se os enfermeiros apenas conhecerem as orientações de 2009).

A formação sobre UP tem sido uma preocupação dos enfermeiros e das sociedades científicas. No presente estudo, 84,1% dos enfermeiros afirmam possuir formação específica na área de feridas/UP. Esta formação foi, na sua maioria, efetuada em âmbito de formação em serviço (71,1%) e quanto à sua duração foi em média de  $22,81 \pm 25,26$  horas. Segundo a EPUAP/NPUAP&PPPIA (2014), para que as suas orientações sejam seguidas, é essencial a formação de quem está envolvido no diagnóstico e tratamento de UP. O número elevado de enfermeiros com formação na área denota uma preocupação com a actualização de conhecimentos. Todavia, a percentagem dos enfermeiros com formação de 30 horas ou mais (que se pode considerar uma formação mais consistente) não é elevada (31,1%). O facto de a maioria da formação ser adquirida em formação de serviço pode revelar alguma falta de interesse em aprofundar de forma mais consistente esta temática a nível teórico. Este não aprofundar da temática pode ser devido ao facto de os enfermeiros de UCI poderem considerar outras questões mais pertinentes no seu dia-a-dia. Este facto vem de encontro ao que é afirmado por vários autores (Hulsenboom [et al], 2007; Pancorbo - Hidalgo [et al], 2006; Moore e Price, 2004), que revelam que existem falhas a nível formativo.

A maior frequência a nível de formação (70,1%) é em formações efetuadas há 5 anos ou menos. Este facto denota preocupação dos profissionais em se manterem atualizados relativamente às *guidelines* emanadas sobre feridas e UP.

Sobre o conhecimento de políticas da instituição sobre UP, a resposta da maioria dos enfermeiros é “Sim”, o que denota conhecimento sobre estes factos, o que pode revelar preocupação por parte dos enfermeiros em conhecer as políticas da instituição sobre as UP. Cumulativamente, como um dos pilares fundamentais da prevenção é a existência de protocolos preventivos ajustados e uniformizados a nível institucional (DGS, 2011), o facto de os enfermeiros terem este tipo de resposta, indica que, para além de conhecerem as políticas da instituição acerca das práticas preventivas, estas poderem existir.

As afirmações mais positivas são relativamente à existência de equipamentos adequados no serviço para a prevenção eficaz de UP (85%), o que pode traduzir que nas unidades onde estes enfermeiros trabalham, este equipamento existe. Krupp e Monfre (2015)



salientam a importância do equipamento adequado como um dos focos a nível de prevenção. A existência do mesmo poderá facilitar e melhorar os cuidados preventivos.

As outras questões sobre este tema também têm pontuações elevadas (entre os 70,1% e os 74,8%), o que pode traduzir que, no geral, os enfermeiros acham que existe suporte institucional adequado, “pressão” por parte dos colegas para que a prevenção seja eficaz, que existem a nível do hospital ou serviço *guidelines* sobre a prevenção de UP e que os registos sobre medidas preventivas são corretamente efetuados. Estes factos, comparando os resultados que Dellefield (2014) encontrou, mostram alguma discrepância, uma vez que este chegou à conclusão que existia falta de supervisão clínica por parte de superiores, falta de *guidelines* que cheguem a todo o pessoal, bem como a falta de implementação das *guidelines* e que o registo de dados não é compatível com o previsto nas *guidelines*. Estes resultados podem-se prender com o facto de que Dellefield realizou o seu estudo numa “nursing home”, em que os doentes e a organização institucional é bastante díspar da UCI. A realidade do país também pode ser diferente.

As práticas clínicas são influenciadas pelos conhecimentos, mas também pelas atitudes dos profissionais.

Analisando a escala de atitudes relativamente à prevenção das UP, globalmente as atitudes são positivas. Este facto é confirmado pelo estudo de Stranda e Lindgren (2010), que referem atitudes mais favoráveis em enfermeiros que trabalham em CI. Beeckman [et al] (2011) concluiu que as atitudes são mais positivas nos enfermeiros que trabalham em enfermarias em que mais de 30% dos doentes em risco recebem cuidados preventivos totais, o que se pode transpor para o ambiente de CI, em que tal acontece. Batista (2013) também encontrou atitudes globalmente positivas no seu estudo. Sendo este o estudo efetuado em Portugal, apesar do local de trabalho dos enfermeiros ser diferente, poderá haver algum tipo de comparação porque a realidade dos cuidados, utilização de escalas de prevenção, formação base dos enfermeiros, políticas do SNS e competências dos enfermeiros nesta área poderão ser semelhantes.

As atitudes menos positivas são relativas à “Importância” e as atitudes mais positivas relativas à “Confiança na eficácia”. Este fato leva-nos a concluir que, nos enfermeiros de CI, a importância da intervenção dos enfermeiros na prevenção das UP tem atitudes menos positivas. Smith e Waugh (2009) referem que os profissionais mais despertados para a temática das UP são os enfermeiros, devido à sua intervenção privilegiada. No entanto, os enfermeiros

de CI podem não se considerar os únicos responsáveis pela prevenção de UP, devido a estas serem multifatoriais e o seu desenvolvimento poder surgir apesar da intervenção de enfermagem. É de salientar que determinadas intervenções no doente crítico (como o uso de vasopressores, a ventilação mecânica, a sedação, etc) são áreas interdependentes, em que o enfermeiro apenas pode contribuir para a minimização dos efeitos colaterais que estas intervenções efetuam a nível cutâneo. Outro aspeto a ser considerado é as prioridades que se estabelecem em CI. Porque o doente é crítico os enfermeiros podem dar mais importância à estabilidade hemodinâmica e, com tal, as úlceras de pressão não serem consideradas tão importantes.

As atitudes mais positivas são relativas à “Confiança na eficácia”. Este facto pode traduzir que os enfermeiros podem considerar que as medidas que utilizam são suficientes e capazes para evitar as UP. As medidas preventivas adequadas podem prevenir em elevada percentagem as UP. Os enfermeiros que consideram que as medidas preventivas que utilizam são adequadas podem, na prática, contribuir para uma efetiva diminuição das UP.

Os fatores onde existe maior dispersão de respostas são a “Responsabilidade” e “Competências Pessoais”. Este fato poderá significar que as atitudes acerca da atribuição da responsabilização da prevenção das UP têm uma variabilidade, podendo variar no sentimento de responsabilidade apenas por parte do enfermeiro, ou com uma responsabilidade partilhada com a equipa médica. Uma interpretação deste fato é que o estudo foi efectuado em UCIPs, o que faz com que o surgimento das UP seja multifatorial e não apenas associado à eficácia de intervenções preventivas de enfermagem. Daí, os enfermeiros se acharem responsáveis pela prevenção, mas não os únicos, no seio da equipa multidisciplinar.

Relativamente às atitudes sobre as capacidades individuais na prevenção das UP, estas têm uma variabilidade considerável, o que pode indicar que há enfermeiros que se consideram capazes de prevenir eficazmente as UP e outros que não têm tanta confiança nos seus atos de prevenção. Estes factos podem traduzir a existência de enfermeiros com maior interesse e/ou formação na área (que sentem mais confiança na sua eficácia) e enfermeiros sem este interesse e/ou formação (que se sentem menos capazes na execução de cuidados preventivos).

Foi nosso objetivo avaliar os determinantes associados às atitudes na prevenção de UP. Da análise dos dados, não é encontrada associação entre as atitudes e sexo, idade, habilitações académicas, habilitações profissionais, serviços nos quais o enfermeiro trabalhou

anteriormente, anos de experiência profissional e anos de trabalho no presente serviço e as atitudes na prevenção da UP. Estes dados vêm de encontro aos achados de Islam (2010), o qual refere que não há correlação entre idade e tempo de experiência e atitudes. O sexo também surge como um fator irrelevante em termos de influência nas atitudes, bem como as habilitações (quer académicas, quer profissionais). Este último facto (as habilitações) pode levar a repensar os conteúdos programáticos da formação base e a formação posterior. O facto de os mesmos não se encontrarem associados às atitudes dos enfermeiros de CI perante a prevenção das UP pode levar a crer que esta formação pode ser melhorada. Por outro lado, como as atitudes provêm das experiências na vida do indivíduo (Saraiva, 2009), as habilitações podem não ter influência nas mesmas. Também a experiência profissional (serviços nos quais o enfermeiro trabalhou anteriormente, anos de experiência profissional e anos de trabalho no presente serviço) ao não estarem associados às atitudes, vêm de encontro aos resultados de Moore e Price (2004), nos quais, no geral, os enfermeiros demonstravam uma atitude positiva e que esta não parece estar relacionada com o tempo de experiência profissional e a área em que os mesmos trabalham.

Relativamente à “Confiança na eficácia” e às “Competências Pessoais”, os enfermeiros com formação em cuidados intensivos apresentam atitudes mais positivas, nomeadamente no que se refere à importância e impacto de uma prevenção eficaz de UP e relativamente às suas capacidades individuais. Estes resultados vão de encontro aos de Stranda e Lindgren (2010), que encontraram diferenças significativas nas atitudes de enfermeiros com e sem formação em cuidados intensivos ou anestésicos (melhores atitudes em enfermeiros com mais formação nesta área). Beeckman [et al] (2011) chegaram à conclusão que as atitudes são negativamente afetadas pelos baixos conhecimentos. Como tal, e uma vez que a formação específica em cuidados intensivos abordará o fato de os doentes críticos terem um score de “Alto risco” para o desenvolvimento de UP e o facto de os cuidados preventivos serem parte importante do ensino teórico das formações específicas de CI, justifica esta associação.

As capacidades de cada enfermeiro também são alvo de uma atitude mais positiva uma vez que estas estarão aumentadas através dos conhecimentos que os mesmos adquirirem com a formação específica em CI.

Nos conhecimentos dos enfermeiros, na generalidade, obteve-se correlação negativa entre estes e as dimensões das atitudes na prevenção da UP. Este facto traduz que para maiores conhecimentos, atitudes mais positivas. As áreas nas quais houve associação em várias

dimensões e/ou na escala geral foram: a localização das UP, a subescala “Percepção Sensorial” da escala de Braden, o facto de uma escala de avaliação de risco não prever com exatidão o mesmo, os reposicionamentos, a nutrição e as forças de torção. Estes resultados vêm de encontro aos achados de Hidalgo [et al] (2007), o qual refere que existe um aceitável nível de conhecimentos das recomendações sobre a prevenção e fatores de risco mais importantes e que as intervenções preventivas tradicionais são bem conhecidas. Beeckman [et al] (2010 e 2011) encontraram correlação positiva entre conhecimentos e atitudes, isto é, enfermeiros com maiores conhecimentos, também apresentavam melhores atitudes.

Não houve correlação entre as atitudes e as perguntas “As úlceras de pressão são, atualmente, classificadas em quatro graus” e “Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica necessita de ser combinado com o reposicionamento a cada 2 horas”. Este facto pode traduzir que os conhecimentos sobre a classificação das UP não interferem com as atitudes perante a prevenção porque a classificação das mesmas é efetuada quando estas surgem, o que pode denotar uma separação efetiva entre as medidas preventivas e as UP já instaladas. O fato de a segunda pergunta não apresentar correlação pode levar-nos a concluir que a combinação do colchão viscoelástico (que a maioria das unidades estudadas deve possuir) e o reposicionamento a cada 2 horas pode ser algo rotineiro e que os enfermeiros não associem a uma efetiva medida preventiva de UP que os próprios efetuam.

Na pergunta “A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão” existe associação com a dimensão “Responsabilidade”, o que pode ser interpretada como a responsabilização por parte do enfermeiro sobre os seus atos preventivos relativos à manutenção da integridade cutânea, bem como de a manter limpa e hidratada. Estes cuidados preventivos são, efetivamente, da competência do enfermeiro, o que pode justificar estes resultados.

Não há associação entre enfermeiros com e sem formação na área de feridas/UP e as suas atitudes e entre duração da formação e as atitudes. Este facto poderá estar relacionado com o ambiente onde os enfermeiros trabalham (cuidados intensivos). Os cuidados de prevenção das UP são essenciais no cuidar do doente crítico, sendo praticamente inata a sua execução. Ou seja, como estes cuidados podem ser de algum modo “rotineiros” (como os posicionamentos, a vigilância da pele, etc), a formação não interfere com as atitudes. Este facto pode levar a repensar os conteúdos programáticos ou o modo como estes são ministrados. Reforça, também, a ideia que as atitudes são algo complexas e que dependem

de muitos fatores, muitas vezes não os esperados. Pancorbo-Hidalgo [et al] (2006) salientam a necessidade de educação dos enfermeiros em matéria de feridas crónicas, de modo a melhorar conhecimentos e técnicas. Todavia, esta necessidade pode não se traduzir em melhores atitudes. Rodrigues (2009) salienta a formação dos enfermeiros na área da prevenção de UP como fator que influencia positivamente a prevenção de UP. No entanto, como as atitudes positivas, muitas vezes não traduzem os cuidados preventivos efetivos, a formação na área poderá trazer cuidados efetivos mas não influenciar as atitudes.

Há diferenças estatisticamente significativas entre o tempo que decorreu entre a última formação específica na área de feridas/UP e a dimensão “Importância da prevenção das UP” e para o score global da escala. Esta correlação é negativa, o que traduz que quanto menos anos decorreram entre a última formação, as atitudes são mais positivas. Este facto pode estar relacionado com os conhecimentos sobre as feridas/UP serem mais recentes, tendo os enfermeiros consciência da importância da prevenção das UP para que os cuidados sejam eficazes.

Não há associação entre as atitudes e a perceção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas, se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente, a perceção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas e a existência de equipamento adequado. Este facto poderá transpor a realidade dos cuidados intensivos, que é um serviço que se rege por dinâmicas próprias, muitas vezes sustentadas por protocolos e que se pode considerar um pouco “à parte” da dinâmica hospitalar. Como tal, os fatores institucionais descritos não influenciam as atitudes dos enfermeiros. Egginks (1995) refere que as atitudes são importantes para a mudança de comportamento, mas também o suporte institucional e as normas institucionais, em detrimento de protocolos ou regras.

A perceção se os registos são efetuados corretamente no seio da equipa de enfermagem não influencia as atitudes dos enfermeiros, uma vez que apesar da interajuda entre colegas em dinâmica de UCI, cada enfermeiro assume os seus doentes e não estará a verificar os registos dos restantes colegas.

A perceção da existência de equipamento adequado também não influencia as atitudes, numa mesma perspetiva: este equipamento possivelmente existe e está em uso. As UCI normalmente possuem equipamento adequado e moderno para as mais diversas situações. Para Beeckman [et al] (2011) as atitudes são negativamente afetadas pelo equipamento

insuficiente. Este equipamento existindo, não há influência nas atitudes, o que se observa no presente estudo.

Ainda sobre a componente institucional, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa entre a dimensão “Confiança na eficácia” e a percepção que existe “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz. A dimensão “Confiança na eficácia” mede as atitudes que dizem respeito à importância e impacto de uma prevenção eficaz das UP. Os enfermeiros que percebem “pressão” por parte dos colegas têm mais confiança na eficácia que os que referiram que não tem “pressão”. Este facto pode traduzir que os enfermeiros que se sentem mais acompanhados pelos pares e quando há partilha de opções e estratégias preventivas, a confiança na eficácia das suas ações acaba por aumentar. Este facto é corroborado por Beeckman [et al] (2011), que diz que as atitudes são negativamente afetadas pela falta de profissionais.

Dellefield e Magnabosco (2014) dizem que a existência de cooperação entre enfermeiros que trabalham na prática e enfermeiros de equipas de prevenção de UP, o trabalho de equipa e a comunicação influenciam as atitudes. Islam (2010) diz que o fator individual como o estar desperto para a questão é essencial. Stranda e Lindgren (2010) referem que a “pressão” social, vinda dos colegas de trabalho, para que uma correta prevenção de úlceras de pressão seja realizada, é um fator importante no executar estratégias de prevenção. Esta opinião é concordante com a de Moore e Price (2004).

Os enfermeiros que sentem que existe “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz têm atitudes mais positivas no que diz respeito a áreas como a importância e impacto das UP (considerando as UP importantes e que o seu impacto deve ser valorizado). Este facto pode indicar que a “pressão” efetuada pelos pares contribui de modo significativo para que o enfermeiro sinta que a prevenção de UP é importante e que o seu impacto é de valorizar. Pode, também, ser interpretado como uma necessidade de afirmação de competências perante os colegas. Como há continuidade de cuidados e os enfermeiros podem não querer ser identificados como negligentes no cuidado, as atitudes relativas a estas dimensões são mais positivas.

Há associação estatisticamente significativa entre a dimensão “Competências Pessoais” (que mede atitudes relativas às capacidades individuais) e a percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional, sendo que os enfermeiros que têm percepção que existe suporte institucional apresentam atitudes mais positivas que os restantes. Este facto pode

traduzir que se o enfermeiro sentir que existe suporte por parte da instituição, a nível de prevenção de UP, as suas capacidades individuais na prevenção acabam por sobressair, podendo sentir mais confiança nas mesmas. Ou seja, os enfermeiros que sentem o suporte acabam por desenvolver as suas capacidades individuais, talvez porque se sentem estimulados a isso. Halfens e Egginks (1995) referem que as atitudes são importantes para a mudança de comportamento mas também o suporte institucional e as normas institucionais, em detrimento de protocolos ou regras. Islam (2010) acrescenta que as políticas organizacionais podem afetar as atitudes. Beeckman [et al] (2010) refere que a aplicação de uma correta política preventiva estava relacionada com as atitudes positivas dos enfermeiros. Esta política preventiva pode ser interpretada como a perceção sobre o apoio institucional nesta área. As políticas de prevenção das instituições são, também, um fator apontado por Rodrigues (2009) para influenciar as atitudes dos enfermeiros e, dentro desta política, a falta de incentivo na formação e a falta de protocolos de prevenção como fatores condicionantes. Deste modo, o fato de os enfermeiros que acham que existe suporte institucional terem atitudes mais positivas relativamente às suas capacidades individuais, pode levar à conclusão que o suporte institucional influencia a perceção de que as capacidades individuais dos enfermeiros são adequadas para a prevenção de UP.

O trabalho em UCI caracteriza-se pela complexidade, complementaridade e multidisciplinaridade. Os enfermeiros que cuidam em cuidados intensivos caracterizam-se por serem um grupo profissional qualificado, que investe na formação ao longo da vida e com atitudes relativamente à prevenção das UP globalmente positivas, sendo influenciadas pela formação, pelos conhecimentos e por políticas e organização institucional.





## 6. CONCLUSÕES

A pessoa em situação crítica depende dos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de UP. O enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica tem um papel preponderante em variados fatores, nos quais a prevenção de possíveis complicações no doente crítico (como é o caso das UP) e seu tratamento caso estas surjam, são essenciais.

As UP podem aumentar a morbilidade do doente, facto que merece relevância no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, em que a prevenção é incluída como padrão de qualidade dos cuidados.

Para tal acontecer de modo eficaz, o enfermeiro assume um papel fundamental. O conhecimento sobre os fatores que influenciam a atitude destes profissionais perante a prevenção de UP é de substancial importância, de modo a que a incidência e prevalência das UP sejam reduzidas, como fim último.

Foi neste contexto que se desenvolveu este estudo, de forma a contribuir para o conhecimento sobre os fatores determinantes das atitudes dos enfermeiros de CI perante a prevenção de UP.

Optou-se pela elaboração de um estudo transversal, descritivo-correlacional, de abordagem quantitativa, com uma amostra não probabilística, que incluiu 107 enfermeiros de 6 UCIP da região Norte do país.

A amostra estudada é constituída predominantemente por mulheres, embora tenha uma percentagem considerável de homens. O predomínio é de licenciados, embora haja uma percentagem significativa de formação Pós-Graduada. A temática da formação centra-se na “Emergência/Urgência/Trauma/Cuidados Intensivos” (nas Pós-Graduações) e no Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Os anos de serviço da amostra variam entre 3 e 32 anos, sendo que 84,1% refere ter trabalhado noutros serviços anteriormente.

Sobre os conhecimentos gerais dos enfermeiros, relativamente às UP, os mais adequados correspondem às questões relativas à Nutrição, Pele e Dispositivos médicos e Escalas de

avaliação do risco e Clínica. Os conhecimentos mais baixos são relativos aos Graus das UP, à Humidade e às Proeminências Ósseas.

84,1% afirmam possuir formação específica na área de feridas/UP, na sua maioria efetuada em âmbito de formação em serviço (71,1%). A maior frequência a nível de formação é em formações efetuadas há 2 anos ou menos.

Das políticas da instituição sobre UP estas são maioritariamente do conhecimento dos enfermeiros, sendo as menos referidas as relativas à perceção da existência de supervisão/auditoria e as mais referidas relativas à existência de equipamentos adequados no serviço para a prevenção eficaz de UP.

As atitudes dos enfermeiros são positivas, com atitudes menos positivas na dimensão “Importância” e melhores atitudes nas dimensões “Confiança na eficácia”. As dimensões com maior dispersão de respostas são a “Responsabilidade” e “Competências Pessoais”.

Não é encontrada associação entre as atitudes e sexo, idade, habilitações académicas, habilitações profissionais, serviços nos quais o enfermeiro trabalhou anteriormente, anos de experiência profissional e anos de trabalho no presente serviço.

Na generalidade das perguntas sobre o conhecimento, conclui-se que para maiores conhecimentos, atitudes mais positivas. A formação específica em CI está presente em cerca de 1/3 dos enfermeiros e influencia positivamente as atitudes relativamente à “Confiança na eficácia” e às “Competências Pessoais”.

Há associação entre o tempo que decorreu entre a última formação específica na área de feridas/UP e a dimensão “Importância da prevenção das UP” e para a APu-PT, o que traduz que quanto menos anos decorreram entre a última formação, as atitudes são mais positivas.

Não há associação entre as atitudes e a perceção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas, se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente, a perceção que os enfermeiros têm sobre a existência de supervisão/auditoria das medidas preventivas e a existência de equipamento adequado. Os enfermeiros que sentem que existe “pressão” efetuada pelos colegas para que a prevenção seja eficaz têm atitudes mais positivas no que diz respeito a áreas como a importância e impacto das UP. Os enfermeiros que acham que existe suporte institucional têm atitudes mais positivas relativamente às suas capacidades individuais.

No decorrer do estudo deparou-se com algumas limitações, nomeadamente o facto de as autorizações dos vários Conselhos de Administração terem sido dadas com meses de diferença, o que encurtou o período de colheita de dados. O facto de, apesar do período de colheita de dados ter sido efetuado com alguns meses de duração, houve cerca de 13 não respostas (sendo que o questionário foi enviado para 120 enfermeiros), mesmo após o relembrar frequente para a importância de preenchimento do mesmo.

A adesão poderá ter sido influenciada pelo facto do questionário ser on-line (Google Docs), que facilita o preenchimento e a construção da base de dados e diminui as não respostas. Todavia, os respondentes poderiam sentir alguma inibição no preenchimento com receio que não fosse assegurado o anonimato. O facto de este questionário ter sido preenchido on-line também pode ter contribuído para que as respostas terem demorado alguns meses a serem obtidas, uma vez que após o envio dos mesmos para o e-mail dos enfermeiros, o preenchimento do questionário estava apenas dependente deles, podendo haver esquecimentos, apesar dos vários contactos com os serviços para relembrar a importância do preenchimento.

Outra das limitações que pode ser referida é o facto de a escala poder não ser totalmente adequada aos enfermeiros de CI. Apesar da escala poder “ (...) ser utilizada de forma segura em futuros pesquisas científicas, nas áreas do ensino, prestação de cuidados e investigação” (Batista, 2012, p. 52), os enfermeiros que tratam a pessoa em situação crítica são um sub-grupo com características e dinâmica de trabalho distintas dos enfermeiros dos restantes serviços. Pode-se refletir se a escala avalia com rigor estas nuances de realidades distintas, uma vez que foi validada para a população portuguesa, mas não validada para enfermeiros de cuidados intensivos, o que pode ter constituído uma limitação, devido às características distintas deste grupo.

A sub-escala “Obstáculos/Barreiras” foi retirada da análise e constitui uma limitação ao estudo, uma vez que este não irá incluir as questões acerca das atitudes sobre os fatores que impedem uma prevenção eficaz das UP.

Um aspeto positivo a apontar no estudo é o facto de não serem conhecidos estudos em Portugal sobre as atitudes de prevenção das UP de enfermeiros de UCIPs, sendo que este estudo abre conhecimentos nesta área.

Com base nos resultados do presente estudo sugerem-se recomendações para a formação, gestão, prática clínica e investigação.

Relativamente à formação, esta deve ser realizada ao longo da vida, com uma dinamização da formação académica, em serviço e outra. Esta formação deve apresentar e discutir evidências científicas atualizadas, uma vez que as atitudes são influenciadas pelos conhecimentos.

Em relação à prática clínica, é importante que haja uma contínua “pressão” dos pares nesta temática, que pode ser estimulada através da avaliação de registos por parte dos mesmos, bem como o estímulo à discussão de casos no seio da equipa de enfermagem, quer em termos formais, quer a nível informal, no dia-a-dia dos cuidados. Uma sugestão para haver efetividade desta “pressão” é a existência de enfermeiros que os pares reconheçam como peritos na área que estimulem a discussão de casos e acompanhem as decisões dos colegas.

Em relação à gestão, como o suporte institucional foi considerado importante para as atitudes serem mais positivas a nível individual, será importante a instituição mostrar-se próxima dos enfermeiros relativamente a esta temática com, por exemplo, a existência de um elo de ligação serviço-instituição, emanação de diretrizes, reforço positivo quando os resultados de uma política preventiva são eficazes, bem como divulgação dos resultados relativos à qualidade dos cuidados.

Relativamente à investigação, considera-se pertinente a validação da APu-PT com enfermeiros a exercer funções em UCI, numa amostra de maior dimensão, bem como a realização de mais estudos na área, nomeadamente abrangendo os enfermeiros de CI de outras regiões, de modo a aprofundar conhecimento sobre o tema.

Pretende-se, futuramente, publicar em *peer-review* os resultados obtidos, de forma a contribuir para a divulgação do conhecimento sobre os determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de UP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Cristina; AFONSO, Gustavo; AZEVEDO, Manuel; MIRANDA, Marta; ALVES, Paulo - **Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática**. Primeira Edição, HARTMANN Portugal, Novembro 2014. ISBN 978-989-20-5133-8 2014.

ALMEIDA, Lúcio Meneses de - Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. ISSN 0870-9025. Vol. 23. Nº 1 (janeiro/junho 2005), p. 91-96.

ALVES, Paulo [et al] - Epidemiologia das úlceras de pressão: Interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. **Revista Servir**. ISSN 0871-2370. Vol. 58 (2013), p. 10-18.

ANTOKAL, S., [et al] - Friction Induced Skin Injuries – Are They Pressure Ulcers? [Em linha] 2012 [Consultado em 24 de Junho de 2015]. Disponível na WWW: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2012/01/NPUAP-Friction-White-Paper.pdf>.

ARNOLD, M. - Pressure Ulcer prevention and management - the current evidence for care. **AACN Critical Care**. ISSN: 1559-7776. Vol 14 (4) (2003), p. 411-428.

BARANOSKI, Sharon; AYELLO, Elizabeth - **O essencial sobre o tratamento de feridas – Princípios práticos**. Loures. Lusodidacta, 2006. ISBN: 978-972-8930-03-5.

BASTO, Marta Lima - Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina - Proposta de um percurso. **Pensar enfermagem**. Lisboa. ISSN: 0873-8904. Vol. 13. 2º Semestre (2009), p. 11-18.

BATISTA, Margarida Maria Giestas - **Atitudes e conhecimentos dos enfermeiros na prevenção das úlceras de pressão**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Mestrado.

BATISTA, Margarida Maria Giestas; DIXE, Maria dos Anjos; ALVES, Paulo - *Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument*: validação e adaptação transcultural para a população portuguesa de enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência**. ISSN 0874-0283. III Série. Nº 10 (jul. 2013), p. 25-33.

BEECKMAN [et al] - A multi-faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decision support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: A two-armed

randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Studies**. ISSN 0020-7489. Vol.50, Nº 4 (2013), p. 475 -486.

BEECKMAN [et al] - Knowledge and Attitudes of Nurses on Pressure Ulcer Prevention: A Cross-Sectional Multicenter Study in Belgian Hospitals. **Worldviews on Evidence-Based Nursing**. ISSN: 1545-102X. Vol.8, nº 3 (2011), p. 166-176.

BEECKMAN, D. [et al] - Pressure ulcers: Development and psychometric evaluation of the Attitude towards Pressure ulcer Prevention instrument (APuP). **International Journal of Nursing Studies**. ISSN 0020-7489. Vol.47, nº 11 (2010), p. 1432-1441.

BEECKMAN, Dimitri - Pressure ulcers in Belgian hospitals: What do nurses know and how do they feel about prevention? **European Wound Management Association Journal**. Vol.10, Nº3 (2010), p. 10-11.

BENNER, Patrícia- **De iniciado a perito**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.

BENOIT, Richard A. - **Risk factors for pressure ulcer development in critically ill patients** - Tennessee: s.n. (2013). Tese de Doutoramento.

BERGSTROM, N.; BENNETT, M.A.; CARLSON, C.E. - Pressure ulcer treatment guide: Quick reference for clinicians. **Advances in Wound Care**. ISSN: 2162-1934. Vol. 15 (2005).

BOGIE, K.; CHESTER, H. - Multidisciplinary Approaches to the Pressure Ulcer Problem. **Ostomy/wound management**. ISSN 1943-2720. Nº 53 (10) (2008), p. 26-32.

BRANDÃO, Euzeli da Silva - **Enfermagem em dermatologia: Cuidados técnico, dialógico e solidário**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. ISBN 8570063768.

BRASSARD, Michael – **Qualidade: Ferramentas para uma melhoria contínua**. Rio de Janeiro: Quality Mark Ed, 1994. ISBN: 8585360100.

CAMPOS, Suellen Fabiane [et al] - Fatores associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão: o impacto da nutrição. **Revista de Nutrição**. Campinas. ISSN 1678-9865. Vol 23. Nº5 (set./out. 2010), p. 703- 714.

CANUT, Brusola [et al] – **Enfermería: Enfermería Psicossocial Y Salud Mental**. Barcelona: Masson, 2000. ISBN 9788445809341.

CLARK, M.; BLACK J. - Microclimate Made Easy. Wounds International. [Em linha] 2011 [Consultado em 23 de Junho de 2015]. Disponível na WWW: [http://www.woundsinternational.com/media/issues/414/files/content\\_9818.pdf](http://www.woundsinternational.com/media/issues/414/files/content_9818.pdf)

COLEMAN, S. [et al.] - Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. **International Journal of Nursing Studies**.ISSN: 0020-7489 N° 50 (2013), p. 974-1003.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

COOPER, Karen L. - Evidence-Based Prevention of Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit. **Critical Care Nurse**. ISSN 0279-5442. Vol. 33. N° 6 (December 2013), p. 57-66.

CORREIA, M. I. - Nutrition assesement of Intensive Care Patients. [Capítulo de Livro] Jean-Luis Vicent. **From nutricion support to pharmacologic nutrition in the ICU**. Berlin: Springer-Verlag, (2002). ISBN 978-3-642-57119-0.

COURTNEY, Lyder H.; AYELLO, Elizabeth A. - “Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue” in **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses** (2008), p. 267-299.

COSTEIRA, Arminda - **Importância da nutrição para o tratamento das úlceras de pressão**. s.l. Atheneu, (2006).

COX, Jill - Predictive power of the Braden Scale for pressure sore risk in adult critical care patients. **Journal wound Ostomy Continence Nursing**. ISSN 1528-3976. Vol. 39, 6, (novembro-dezembro 2012), p. 613-621.

CUDDIGAN, J. - **Pressure ulcers: prevalence, incidence, and implications for the future**. National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2012.

DEALEY, Carol - **Tratamento de feridas - Guia para Enfermeiros**. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 9789727962044.

DEFLOOR, Tom e SCHOONHOVEN, L. -Statement of the European Pressure Ulcer Advisory Panel–pressure ulcer classification: differentiation between pressure ulcers and moisture lesions. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**. ISSN: 1071-5754. Vol 5, N° 32 (2005).

DEFLOOR, T. - The risk of pressure sores: a conceptual scheme. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN: 1365-2702. Vol. 8: 2 (1999), p. 206–216.

DELLEFIELD, Mary Ellen; MAGNABOSCO, Jennifer L. - Pressure ulcer prevention in nursing homes: Nurse descriptions of individual and organization level factors. **Geriatric Nursing**. ISSN 0197-4572. Vol. 35 (2014), p. 97-104.

DEMARRÉ [et al] - Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 0962-1067. Vol. 21 n° 9/10 (2012), p. 1425-1434.

DESPACHO n° 1400-A/2015. **DR II Série** (10/02/2015 ) 3882-3810.

EPSTEIN, Ronald M.; HUNDERT, Edward M. - Defining and Assessing Professional Competence. **JAMA**. ISSN 1538-3598. Vol. 287. Nº 22 (2002), p. 226-235.

EUGÉNIO, Isabel Cristina Duarte Ferreira – **Ansiedade e percepções/attitudes dos profissionais da educação face à avaliação de desempenho**. Porto: Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, 2009.

FERREIRA, Pedro Lopes; MIGUÉNS, Cristina; GOUVEIA, João; FURTADO, Kátia - **Risco de Desenvolvimento de Úlceras de Pressão, Implementação Nacional da Escala de Braden**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-37-0.

FORTIN, Marie-Fabienne - **O processo de investigação - da concepção à realização**. Camarate: Lusociência-edições técnicas e científicas, Lda., 1999. ISBN 978-972-8383-10-7.

FUNKESSONA, Kajsa Helena; ANBACKENA, Els-Marie; EKB, Anna-Christina - Nurses' reasoning process during care planning taking pressure ulcer prevention as an example. A think-aloud study. **International Journal of Nursing Studies**. ISSN 0020-7489. Vol. 44 (2007), p. 1109–1119.

FURTADO, Kátia - **Prevenção e tratamento de úlceras**. Coimbra: Edições Formasau, 2001. ISBN: 972 8485 16 6.

GARCIA-FERNANDES, F., [et al] - Risk assessment scales for pressure ulcers in intensive care units: a Systematic review with meta-analysis. **EWMA Journal**. ISSN 1609-2759. Vol. 13, Nº2 (2013), p. 7-13.



GARCIA-FERNANDÉZ, F.P.; SOLDEVILLA-ÁGREDA, J.J.; PANCORBO-HIDALGO, P.L.; VERDÚ, Soriano; LÓPEZ-CASANOVA, P.; RODRÍGUEZ-PALMA, M. - **Prevención de las úlceras por presión**. 2ª edición. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, 2014. ISBN 84-695-9504-0.

GEORGE, Julia B. [et al] – **Teorias de Enfermagem – Os fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2000.

GOMES, Flavia [et al] - Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. Vol. 2. Nº 45 (2011), p. 313-318.

HAGLSAWA, S.; BARBENEL, J. - The limits of pressure sore prevention. **Journal of the Royal Society of Medicine**. ISSN: 17581095. Nº 92 (1999), p. 576-578.

HIBBS, P - **Pressure Area Care Policy**. London: City of Hackney Health Authority (1988).

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por questionário**. Lisboa: Edições Silabo, 2000. ISBN 972-618-233-9.

HULSENBOOM, Mirjam A; BOURS, Gerrie JJW; HALFENS, Ruud JG - Knowledge of pressure ulcer prevention: a cross-sectional and comparative study among nurses. **BMC Nursing**. ISSN: 1472-6955. Vol. 6, Nº 2 (2007), p. 1-11.

Instituto Nacional de Estatística - **Estatísticas da Saúde: Conceitos e Notas Explicativas**. 1999.

ISLAM, Md. Shariful - **Nurses knowledge, attitude, and practice regarding pressure ulcer prevention for hospitalized patients at Rajshahi Medical College Hospital in Bangladesh**. Prince of Songkla University, 2010. Tese de Mestrado.

KALLMAN, Ulrika e SUSERUD, Björn-ove - Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment – a survey in a Swedish healthcare setting. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**. ISSN: 0283-9318. Vol.23, nº 2 (2009), p. 334-341.

KELLER, B. Paul, [et al] - Pressure ulcers in intensive care patients: a review of risks and prevention. **Intensive Care Medicine**. Nº 28 (10) (outubro 2002), p. 1379-1388.

KIRSNER, RS; FROELICH, CW. - Soaps and detergents: understanding their composition and effect. **Ostomy Wound Manage.** Vol. 44 (3A Suppl) (1998), p. 62S-69S.

KLINE, Rex B. – **Principles and practice of structural equation modelling.** 2end ed. New York: The Guilford Publications, 2005. ISBN 1-59385-075-1.

KRUPP, Anna E.; MONFRE, Jill - Pressure Ulcers in the ICU Patient: an Update on Prevention and Treatment. **Current Infectious Disease Reports.** ISSN 1534-3146. Nº 17 (3) (2015), p. 1-6.

LAHMANN, N., [et al] - Higher pressure ulcer risk on intensive care? - Comparasion between genereal wards and intesnive care units. **Journal of clinical nursing.** ISSN 1365-2702. Nº 21 (2011), p. 354-361.

LOBO, Manuel José Cruz Duarte - **Distribuição geográfica dos enfermeiros em Portugal.** Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2013. Tese de Mestrado.

LYDER, Courtney; AYELLO, Elizabeth A. - Pressure Ulcers: A Patient Safety Issue. In HUGHES, Ronda G - **Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses.** Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008, p. 267-299.

MAGNAN, M.; MORRIS, A; MARLEBUST, J. - The nursing process and pressure ulcer prevention: making the connection. **Advances in Skin & Wound Care.** ISSN 1538-8654. Nº 22 (2) (2009), p. 83-92.

MAIA, Raquel Almeida Rebelo da Silva - **Úlceras de pressão: prevalência e caraterização em hospitais na região norte de Portugal.** Porto: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade. Católica Portuguesa, 2012. Tese de Mestrado.

MANZANO, Francisco [et al] - Hospital-acquired pressure ulcers and risk of hospital mortality in intensive care patients on mechanical ventilation. **Journal of Evaluation in Clinical Practice.** ISSN 1365-2753. Nº 27 (March 2014), p. 362–368.

MCCRAE, Niall - Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based pratice and mutlidisciplinary health care. **Journal of advanced nursing.** ISSN 0962-1067. Vol. 1 Nº 68 (2011), p. 222-229.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Direção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento.** Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003. ISBN: 972-675-097-0.

MOORE, Zena e PRICE, Patricia - Nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 0962-1067. Vol.13, nº 8 (2004), p. 942-951.

MORISON, Moya - **Prevenção e tratamento de úlceras de pressão**. Loures: Lusociência, 2004). ISBN: 978-972-8383-68-8.

MORTON, Patricia Gonce; FONTAINE, Dorrie K. - **Fundamentos dos cuidados críticos em enfermagem - uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. ISBN: 9788527723589.

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL & PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE - **Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide**. Osborne Park, Western Australia: Emily Haesler Cambridge Media, 2014. ISBN-13: 978-0-9579343-6-8.

NUNES, Lucília - **Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de Enfermagem**. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS|IPS, 2013. ISBN 978-989-98206-1-6.

NUNES, Lucília – **Ética em Enfermagem**. Loures: Lusodidacta, 2011. ISBN 9789728930677.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Browser CIPE - Ordem dos Enfermeiros. [Em linha] Ordem dos Enfermeiros, 2011. [Consultado em 20 de Maio de 2015.] Disponível na WWW: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Enfermagem em Portugal**. 2008. Brochura.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Resumo Mínimo de Dados para os Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) - Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. [Em linha ] 2007 [Consultado em 20 de Maio de 2015.] Disponível na WWW: <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>.

Orientação nº 17/2011. 2011 - **Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)**. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

PANCORBO-HIDALGO, Pedro L. [et al] - Conocimientos y creencias de las enfermeras sobre el cuidado de las úlceras por presión: revision sistemática de la literatura. **Gerokomos**. ISSN 1134-928X. Vol. 18 N°4 (2007), p. 188-196.

PANCORBO-HIDALGO, Pedro L.; FERNÁNDEZ, Francisco Pedro García; ÁGREDA, Javier Soldevilla; GARCÍA, Carmen Blasco - Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desenrolar úlceras por presión. **Gerokomos**. ISSN 1134-928X. Vol. 19. Nº3 (2008), p. 136-144.

PANCORBO-HIDALGO, Pedro Luis; GARCÍA-FERNÁNDEZ, Francisco Pedro; LÓPEZ-MEDINA, Isabel Maria; LÓPEZ-ORTEGA, Jesús - Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 1365-2648. Vol 58 (19 December 2006), p. 327–338.

PAQUAY, L [et al] - Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 0962-1067. Nº 17 (2008), p. 627–636.

PENEDO, Jorge Manuel Virtudes dos Santos [et al] - **Avaliação da Situação Nacional das Unidades de Cuidados Intensivos – Relatório Final**. 2013. Lisboa: Ministério da Saúde.

PEREIRA, Alexandre - **Guia prático de utilização do SPSS - Análise de dados para ciências sociais e psicologia**. Lisboa: Edições Sílabo, 1999. ISBN 972-618-212-3.

PEREIRA, I. – Atitudes no cuidar em Enfermagem. **Revista Servir**. ISSN 0871-2370. Vol. 52, Nº 5 (2004), p. 264-271.

PERISSÉ, V. - **Manual de lesões da divisão de enfermagem do Hospital Federal da Lagoa**. Rio de Janeiro: Hospital Federal da Lagoa, 2011.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, 2005. ISBN 972-618-391-X.

PINI, Luna Ribeiro de Queiroz. - **Prevalência, risco e prevenção de úlceras de pressão em unidades de cuidados de longa duração**. Porto Universidade Católica (2012 ) Tese de Mestrado.

PORTARIA Nº 268/2002. **DR I Série B** (2002/03/13) 2305-2309.

REGULAMENTO N.º 124/2011 **DR II Série** (2011/02/18) 8656-8657.

REGULAMENTO Nº 533/2014 **DR II Série** (2014/12/2) 30247- 20254.

RIJSWIJK, L.; LYDER, C. - Pressure Ulcer Prevention and Care: Implementing the Revised Guidance to Surveyors for Long-Term Care Facilities. **Ostomy Wound Management**. ISSN 0889-5899. Suppl:2-6 (2005), p. 7-19.

RODRIGUES, Alexandre - **Fatores influenciadores dos cuidados de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão no serviço domiciliário**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

RYCROFT-MALONE, J.; MCINNES, E. - **Pressure ulcer risk assessment and prevention**. London: Royal College of Nursing, 2001. ISBN: 1-873853-74-2.

SALEH, Mohammad Y.N.; AL-HUSSAMI, Mahmoud, ANTHONY, Denis - Pressure ulcer prevention and treatment knowledge of Jordanian nurses. **Journal of Tissue Viability**. ISSN 0965-206X. Vol 22 (Issue 1) (February 2013), p. 1-11.

SAMPIERI, Roberto. COLLADO, Carlos. LUCIO, Maria - **Metodologia de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2013. ISBN 978-85-65848-28-2.

SARAIVA, D.– Atitude do enfermeiro perante a morte. **Revista Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 24 (Abril 2009), p. 6-13.

SAYAR, S., [et al].- Incidence of pressure ulcers in intensive care unit patients at risk according to the Waterlow scale and factors influencing the development of pressure ulcers. **Journal of clinical nursing**. ISSN 0962-1067. Nº 18 (2008) , p. 765-774.

SHAHIN, E., DASSEN, T. e HALFENS, R - Incidence, prevention and treatment of pressure ulcers in intensive care patients: a longitudinal study. **International Journal of nursing studies**. ISSN: 0020-7489. Nº 46 (2009), p. 413-421.

SILVA, Debora Prudencio; BARBOSA, Maria Helena; ARAÚJO, Daniela Ferreira; OLIVEIRA, Lorena Peres; MELO, Adriana Feliciano – Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em doentes internados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. ISSN 1518-1944. Nº 13(1) (2011), p. 118-123.

SIMONETTI, Valentina [et al] - Nursing students' knowledge and attitude on pressure ulcer prevention evidence-based guidelines: A multicenter cross-sectional study. **Nurse Education Today**. University of the West of Scotland. ISSN 0260-6917. Vol. 35. Issue 4 (2015), p. 573–579.

SMITH, D.; WAUGH, S. - Research Study: An assessment of registered nurses knowledge of pressure ulcers prevention and treatment. **The Kansas Nurse**. ISSN 0022-8710. Nº 84 (1) (2009), p. 3-5.

SOUZA, Cláudio José de Guanabara - **Manual de rotina em enfermagem intensiva**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. ISBN 978-85-7006-460-8. 2010.

STEKELENBURG, A., [et al] - Role of ischemia and deformation in the onset of compression-induced deep . **Journal of Apply Physiology**. ISSN 1522-1601. Nº 102, (2007), p. 2002-2011.

STRAND, Tillan e LINDGREN, Margareta - Knowledge, attitudes and barriers towards prevention of pressure ulcers in intensive care units: A descriptive cross-sectional study. **Intensive and Critical Care Nursing**. ISSN: 0964-3397. Vol.26, nº 6 (2010), p. 335-342

SURIADI, [et al]. - Development of a new risk assesment scale for predicting pressure ulcers in an intensive care unit. **Nursing in critical care**. ISSN: 1478-5153. Vol. 13 (jan/fev) Nº 1 (2008), p. 34-43.

THEAKER, C., [et al] - Risk factors for pressure sores in the critically ill. **Anaesthesia**. ISSN 1365-2044. Nº55 (2000), p. 221-224.

TOMEY, Ann Marriner e ALLIGOOD, Martha Raile - **Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6.

TSCHANNEN, Dana, [et al] - Patient-specific and surgical characteristics in the development of pressure ulcers. **American Journal of Critical Care**.ISSN 1937-710X. Vol. 21. Nº 2 (2012), p. 116-124.

URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen; LOUGH, Mary E. - **Enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção**. 5ª edição. Loures: Lusodidata, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita – **Psicologia Social**. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. ISBN 9789723108453.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira – **Enfermagem em terapia intensiva – práticas baseadas em evidências**. São Paulo: Atheneu, 2011. ISBN 978-85-388-0250-1.

WAKE, W. - Pressure Ulcers: What Clinicians Need to Know. **The Permanente Journal Summer**. Portland. ISSN 1552-5775. Nº 14 (2) (2010), p. 56-60.

WAUGH, Shirley M. - Attitudes of Nurses Toward Pressure Ulcer Prevention: A Literature Review. **Medsurg Nursing**. Vol.23. Nº5 (September-October 2014), p. 350-358.

WILLS, Evelyn M.; MCEWEN, Melanie – **Theoretical Basis for Nursing**. 3<sup>rd</sup> edition. London: Lippincott Williams & Wilkins, 2007. ISBN 978-1-60547-323-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.- World Health Organization. **Web site World Health Organization**. [Em linha ] 2015 [Consultado em 23 de Maio 2015.] Disponível na WWW: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors](http://www.who.int/topics/risk_factors)

WOUND OSTOMY CONTINENCE NURSES SOCIETY – **Guideline for prevention and management of pressure ulcers**. (2003). Glenview, Ill.





## **ANEXOS**



## **ANEXO A**

Autorização para a utilização do “Attitude Towards Pressure  
Ulcers Instrument – PT”



RE: Pedido de autorização para o uso da escala "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument – PT" ↑ ↓ ×

Subject: Pedido de autorização para o uso da escala "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument – PT"

Date: Tue, 3 Mar 2015 13:23:15 +0000

Exma. Mestre Margarida Batista

Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Irei elaborar a minha Dissertação de Mestrado subordinada ao tema "Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão", sob orientação do Professor Doutor Luís Graça.

Como tal, venho por este meio pedir autorização para utilizar a escala que validou e adaptou, a "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument – PT".

Atenciosamente,

Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça

Aluna nº 14995 do III Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da ESS do IPVC

RE: Pedido de autorização para o uso da escala "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument – PT" ↑ ↓ ×



Margarida Batista (enf.maggi@hotmail.com) Add to contacts 3/7/2015 ▶

To: diana\_peca@hotmail.com ✉

Cara colega

É com muito gosto que autorizo a utilização do instrumento de medida "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument " na sua investigação.

Gostaria de posteriormente ter conhecimento dos resultados obtidos.

Desejo-lhe felicidades para o projecto e bom trabalho!

Segue o link da publicação do estudo de validação do instrumento:

<http://www.index-f.com/referencia/2013/r310-025.php>

Com os melhores cumprimentos

Margarida Batista

From: diana\_peca@hotmail.com

To: enf.maggi@hotmail.com

Subject: Pedido de autorização para o uso da escala "Attitude Towards Pressure Ulcer Instrument – PT"

Date: Tue, 3 Mar 2015 13:23:15 +0000

Exma. Mestre Margarida Batista



## **ANEXO B**

Attitude Towards Pressure Ulcers Instrument – PT





## 2. Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras de Pressão

A minha opinião é que:	Concordo bastante ++	Concordo +	Discordo -	Discordo bastante --
2.1. Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.2. Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.3. As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.4. O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.5. Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.6. A sociedade subestima o custo real das UP.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.7. O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser sobrestimado.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.8. O custo da prevenção de úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A prevenção é demasiado dispendiosa.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.9. A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.10. A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.11. Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.12. A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.13. Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.14. A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.15. É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.16. A Prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.17. Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.18. A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<i>A minha opinião é que:</i>	<i>Concordo bastante</i>	<i>Concordo</i>	<i>Discordo</i>	<i>Discordo bastante</i>
	++	+	-	--
2.19. O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.20. Os doentes na minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.21. Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu Sei o que faço.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.22. É importante aprender novas perspectivas sobre a prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.23. A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.24. É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.25. Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.26. Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.27. A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.28. Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.29. Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.30. Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.31. No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de uma úlcera de pressão é geralmente inevitável.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.32. As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## **ANEXO C**

Parecer da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. para a  
realização do trabalho de investigação



**TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO**

**79/2015**

“Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão”

INSTITUIÇÃO/SERVIÇO: UCIP

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Diana Elisa Gonçalves Almeida Peça


**PARECER DA CES** emitido na reunião plenária de 09 / 04 / 2015

Nada a opor. Cumpre os requisitos éticos necessários à sua aprovação.

**Documentos analisados:**

- Ofício;
- Instrumento de colheita de dados;
- Consentimento informado;
- Parecer da UGI.

O Presidente da CES

  
(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética em 09/04/2015

**CHVNG/E, EPE**

Nº 350 / 2015  
Data 01 / 5 / 2015  
Tipo de documento: AnaCg  
Serviço de Formação, Ensino e Investigação

É de relevante interesse para o serviço, dada a importância da investigação, pelo que se solicita a vossa autorização para a realização do estudo.

CHVNG/E 16622 26 03 15

CHVNG/E, E.P.E.  
AMÉLIA RODRIGUES  
UGI Anestesiologia, Medicina Intensiva  
Urgência e Emergência  
Nº Mecanográfico: 1140

Enf.º Delmiro Rocha  
Enfermeiro Diretor

Enf.º Delmiro Rocha  
Enfermeiro Diretor

Exmo.º Sr. Presidente do Conselho  
de Administração do Centro  
Hospitalar de Vila Nova de  
Gaia/Espinho, E.P.E.,  
Sr. Professor Doutor Silvério  
Cordeiro

**Assunto:** Pedido de Autorização para a realização de estudo sobre atitudes de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente perante a prevenção de úlceras de pressão.

Eu, Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça, enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do hospital a que Vossa Excelência preside, com o número mecanográfico 5855, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para a recolha de dados por aplicação de questionário e escala a enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no âmbito da realização da tese de Mestrado intitulada ***“Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão”***, sob a orientação do Exmo.º Professor Doutor Luís Graça.

As úlceras de pressão constituem uma das lesões iatrogénicas mais frequentemente reportadas nos países desenvolvidos. A prevenção das mesmas torna-se essencial. Para que as orientações padronizadas de prevenção de úlceras de pressão sejam cumpridas, é essencial a formação dos técnicos de saúde envolvidos no seu diagnóstico e tratamento. Os enfermeiros, como profissionais de saúde que passam mais tempo em contacto direto com o doente, são fundamentais para a avaliação e manutenção da integridade cutânea do mesmo. No entanto, apesar das *guidelines* que têm surgido, diferentes estudos a nível internacional têm demonstrado não só falhas na formação por parte dos enfermeiros, como uma discrepância entre a teoria e a prática. Uma das razões para a prevenção ineficaz das úlceras de pressão e para os números de prevalência elevados prende-se

Secretariado  
do C.A. com as próprias atitudes dos profissionais.

Entrada nº 10110  
Entrada 31 3 15  
Entrada  
Entrada

## **ANEXO D**

Parecer da Comissão de Ética e do Conselho de Administração da  
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E., para a realização do  
trabalho de investigação





<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HISPANO</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Nº 024/CE/JAS</p> <p>17-04-2015</p>
---	-------------------	--

Ass: José Alberto Silva  
 Dep: Comissão de Ética

Apreciação do pedido de autorização para a realização de estudo intitulado "Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão"

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

A Comissão de Ética, analisou na sua reunião de 17 de Abril de 2015 o pedido de autorização para a realização de estudo intitulado "Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão", proponente Sra. Enfª Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Decidido nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos

Dr. José Alberto Silva  
 Presidente da Comissão de Ética  
 do Hospital Pedro Hispano

Dr. José Alberto Silva  
 (Presidente da Comissão de Ética do H. L. S. - Matosinhos)

<p>UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS</p> <p>HOSPITAL PEDRO HISPANO</p>	<p>INFORMAÇÃO</p>	<p>Nº 60/15/ RS</p> <p>Data: 2015/04/24</p>
---	-------------------	---

Para: Conselho de Administração  
De: Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

Assunto: Autorização para realização e estudo

INFORMAÇÃO

Exmos. Senhores,

Estando reunidas as condições necessárias, vimos solicitar a V. Exas. autorização para realização de estudo intitulado **"Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão"**, proponente Sra. Enf. Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça, no âmbito do curso de mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana de Castelo.

Em anexo informação respetiva,

Com os melhores cumprimentos



1' Dra. Cristina Gavina  
Diretora do Serviço de Estudos e de Gestão da Informação Científica

*Arb. 26/04/2015*

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO ULSM

Presidente: *[Signature]*

D.ª BEATRIZ DUARTE

Vogal Executiva: *[Signature]*

Enf.ª MARGARIDA FILIPE

D.ª TERESA GONÇALVES

Vogal Executiva: *[Signature]*

Enfermeira Diretora: *[Signature]*

*[Handwritten signature]*

## **ANEXO E**

Parecer do Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. para a realização do trabalho de investigação





Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

Exm<sup>o</sup>(a). Senhor(a):

Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça  
Rua Aureliano Lima, 230, 2º Esquerdo  
frente

4430-020 Vila Nova de Gaia

---

ASSUNTO: *Pedido de autorização para a realização de estudo sobre atitudes de enfermeiros da UCIP perante a prevenção de úlceras de pressão*

---

V/ REFERÊNCIA

Em resposta ao solicitado por V. Exa. e sobre o assunto em epígrafe, informamos que está autorizado o solicitado.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real 21.04.2015

Doc n.º 116/2015 - C.D. Enfermagem

O ENFERMEIRO DIRECTOR

  
José João Lameirão



## **ANEXO F**

Autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar  
do Tâmega e Sousa, E.P.E. para a realização do trabalho de  
investigação







Exmo. Senhor:  
Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça  
Diana\_peca@hotmail.com

Via e-mail

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência  
ILR  
Proc.º

Data  
05/05/2015

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a realização de estudo sobre atitudes de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos do CHTS, perante a prevenção de úlceras de pressão

Exma. Senhora,

Acusamos a recepção do seu pedido para realização de estudo sobre atitudes de enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos do CHTS, perante a prevenção de úlceras de pressão.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A comissão não tem objecção ética à sua realização do estudo no CHTS e os senhores enfermeiros do Serviço UCI estão receptivos em colaborar no mesmo.

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

O vogal Executivo do Conselho de  
Administração

(Jorge Luciano Monteiro, Enf.)



## **ANEXO G**

Autorização do Conselho de Administração Centro Hospitalar de  
Entre Douro e Vouga, E.P.E. para a realização do trabalho de  
investigação



Pedido de autorização para realização de estudo sobre atitudes de Enfermeiros da UCIP perante a prevenção de úlceras de pressão. ↑ ↓ ✕



Anabela Carneiro (anabela.carneiro@chedv.min-saude.pt) ! 2:23 PM ▶  
To: diana\_pecas@hotmail.com Cc: Sara Pereira, José David Ferreira ✕

Exma. Senhora Enfermeira

Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça

Na sequência do seu pedido relativo ao assunto mencionado em epígrafe, e por indicação da Sra. Enfermeira Diretora Sara Pereira, vimos por este meio informar que o mesmo teve parecer positivo.

Solicitamos que entre em contato com o Sr. Enfermeiro José David Ferreira, Enfermeiro Chefe da UCIP, no sentido de articular/coordenar o início do estudo.

Com os melhores cumprimentos,

Pedido de autorização para realização de estudo sobre atitudes de Enfermeiros da UCIP perante a prevenção de úlceras de pressão. ↑ ↓ ✕

Com os melhores cumprimentos,

Anabela Carneiro

Secretária do Conselho de Administração



Centro Hospitalar  
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Unidade de Santa Maria da Feira

Rua Dr. Cândido de Pinho

4520-211 Santa Maria da Feira

tel: 256 37 97 70

fax: 256 37 38 67



## **ANEXO H**

Autorização do Conselho de Administração Unidade Local de  
Saúde do Alto Minho, E.P.E. para a realização do trabalho de  
investigação





FW: Recolha de a enfermeiros da Unidade de cuidados intensivos relativos à prevenção de úlceras de pressão em doentes ali internados" ↑ ↓ ×

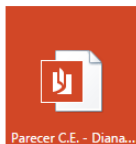


Maria Elisabete Fernandes (elisabete.fernandes@ulsam.min-saude.pt) Add to contacts 10:37 AM Documents

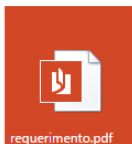
To: diana\_pecar@hotmail.com Cc: JOSE, CALDEIRO

2 attachments (total 929.5 KB)

Outlook.com Active View



Parecer C.E. - Diana...



requerimento.pdf

Download all as zip Save all to OneDrive

Por despacho da Enfermeira Diretora da ULSAM de 24/06/2015, informa-se que foi autorizada a recolha de dados por aplicação de questionário e escala a enfermeiros da unidade de cuidados intensivos polivalente no âmbito da realização da tese de mestrado "*Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção da úlceras de pressão*", a investigadora Diana Elisa Gonçalves de Almeida Peça.

FW: Recolha de a enfermeiros da Unidade de cuidados intensivos relativos à prevenção de úlceras de pressão em doentes ali internados" ↑ ↓ >

Anexos: Parecer da comissão ética e respetivo requerimento.

Com os melhores cumprimentos,

Elisabete Fernandes

Assistente Técnica

Serviço de Gestão do Conhecimento e Comunicação

E-mail: [elisabete.fernandes@ulsam.min-saude.pt](mailto:elisabete.fernandes@ulsam.min-saude.pt)

Tel: 258 802 316 Fax: 258 802 498





## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função do  
“Sexo”



Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	2,156	0,145
Responsabilidade	3,592	0,061
Confiança na eficácia	1,783	0,185
Competências Pessoais	0,828	0,365
APu-PT	3,582	0,061





## **APÊNDICE 2**

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função das  
“Habilitações Académicas”



## Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,992	0,322
Responsabilidade	0,854	0,357
Confiança na eficácia	0,714	0,400
Competências Pessoais	2,685	0,104
APu-PT	0,330	0,567



### **APÊNDICE 3**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função  
das “Habilitações Profissionais”



Resultados do Teste de Normalidade para a APu-PT em função das “Habilitações Profissionais”

Dimensões	Habilitações Profissionais	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Importância	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,177	63	0,000			
	Pós-Graduação				0,942	16	0,375
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem				0,968	28	0,522
Responsabilidade	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,156	63	0,001			
	Pós-Graduação				0,934	16	0,281
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem				0,900	28	0,012
Confiança na eficácia	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,206	63	0,000			
	Pós-Graduação				0,895	16	0,068
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem				0,767	28	0,000
Competências	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,171	63	0,000			
	Pós-Graduação				0,780	16	0,001
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem				0,872	28	0,003
APu-PT	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,099	63	0,200*			
	Pós-Graduação				0,954	16	0,553
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem				0,948	28	0,174

Normalidade de distribuição da APu-PT em função das “Habilitações Profissionais”

<b>Dimensões</b>	<b>Habilitações Profissionais</b>	<b>Skew</b>	<b>Std error Skew</b>	<b>Kurt</b>	<b>Std error Kurt</b>
Importância	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,594	0,302	0,028	0,595
Responsabilidade	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,011	0,302	-1,203	0,595
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem	1,146	0,441	1,920	0,858
Confiança na eficácia	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,163	0,302	-0,794	0,595
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem	0,717	0,441	-1,076	0,858
	Pós-Graduação	0,956	0,564	1,297	1,091
Competências Pessoais	Curso de Licenciatura ou equivalente legal	0,133	0,302	-1,017	0,595
	Curso de pós-Licenciatura de especialização em Enfermagem	0,031	0,441	-1,507	0,858



Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função das “Habilitações Profissionais”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	2,705	0,072
Responsabilidade	1,405	0,250
Confiança na eficácia	0,004	0,996
Competências Pessoais	2,922	0,058
APu-PT	0,361	0,698



## **APÊNDICE 4**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função  
do “Trabalho em Outros Serviços”



Resultados do Teste de Normalidade para a APu-PT em função do “Trabalho em outros Serviços”

Dimensões	Trabalho Outros Serviços	Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
Importância	Sim	0,955	90	0,004
	Não	0,916	17	0,127
Responsabilidade	Sim	0,938	90	0,000
	Não	0,928	17	0,199
Confiança	Sim	0,896	90	0,000
	Não	0,830	17	0,005
Competências	Sim	0,897	90	0,000
	Não	0,923	17	0,163
APu-PT	Sim	0,963	90	0,011
	Não	0,911	17	0,103

Normalidade de distribuição da “Confiança na eficácia” em função do “Trabalho em Outros Serviços”

Dimensões	Trabalho em Outros Serviços	Skew	Std error Skew	Kurt	Std error Kurt
Confiança na eficácia	Não	0,361	0,550	-1,326	1,063

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função do “Trabalho em Outros Serviços”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,814	0,369
Responsabilidade	0,121	0,729
Confiança na eficácia	0,406	0,525
Competências Pessoais	1,609	0,207
APu-PT	0,108	0,744

## **APÊNDICE 5**

Resultados do Teste de Levene e avaliação da correlação entre a variável “Formação específica em Cuidados Intensivos” e a APu-PT





Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,196	0,659
Responsabilidade	1,128	0,291
Confiança na eficácia	2,034	0,157
Competências Pessoais	1,191	0,278
APu-PT	0,001	0,971

Estatística descritiva da APu-PT em função da “Formação específica em Cuidados Intensivos”

Dimensões	Formação específica em CI				EPM
		N	Média	Desvio Padrão.	
Importância	Sim	37	1,9189	0,35491	0,05835
	Não	70	1,9476	0,34114	0,04077
Responsabilidade	Sim	37	1,5622	0,41856	0,06881
	Não	70	1,6	0,35386	0,04229
Confiança na eficácia	Sim	37	1,3604	0,36327	0,5972
	Não	70	1,5524	0,42043	0,05025
Competências	Sim	37	1,4797	0,46165	0,07589
	Não	70	1,6786	0,40634	0,04857
APu-PT	Sim	37	1,6291	0,27500	0,04521
	Não	70	1,7254	0,27099	0,03239



## **APÊNDICE 6**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função  
da “Formação específica na área de feridas/UP”



Resultados do Teste de Normalidade para a APu-PT em função da “Formação específica na área de feridas/UP”

Dimensões	Formação específica UP	Shapiro-Wilk		
		Statistic	Df	Sig.
Importância	Sim	0,953	90	0,003
	Não	0,914	17	0,116
Responsabilidade	Sim	0,926	90	0,000
	Não	0,930	17	0,218
Confiança na eficácia	Sim	0,875	90	0,000
	Não	0,849	17	0,010
Competências	Sim	0,887	90	0,000
	Não	0,926	17	0,185
APu-PT	Sim	0,965	90	0,016
	Não	0,947	17	0,404

Normalidade de distribuição da “Confiança na eficácia” em função da “Formação específica na área de feridas/UP”

Dimensões	Formação específica na área de feridas/UP	Skew	Std error Skew	Kurt	Std error Kurt
Confiança na eficácia	Não	0,066	0,550	1,252	1,063

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Formação específica na área de feridas/UP”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,001	0,978
Responsabilidade	0,657	0,419
Confiança na eficácia	6,319	0,013
Competências Pessoais	0,038	0,846
APu-PT	0,031	0,862

## **APÊNDICE 7**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da

“Duração da formação específica na área de feridas/UP”





Resultados do Teste de Normalidade para a “Duração da formação específica na área de feridas/UP”

	<b>Kolmogorov-Smirnov</b>		
	<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>Duração da formação específica na área de feridas/UP</b>	0,200	85	0,000

Normalidade de distribuição para a “Duração da formação específica na área de feridas/UP”

	<b>Skew</b>	<b>Std error Skew</b>	<b>Kurt</b>	<b>Std error Kurtosis</b>
<b>Duração da formação específica na área de feridas/UP</b>	3,326	0,261	17,330	0,517



## **APÊNDICE 8**

Pressupostos dos testes paramétricos para o tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/ UP



Resultados do Teste de Normalidade para o tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/ UP

	<b>Kolmogorov-Smirnov</b>		
	<b>Statistic</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
<b>Tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/UP</b>	0,266	82	0,000

Normalidade de distribuição relativa ao tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/ UP

	<b>Skew</b>	<b>Std error Skew</b>	<b>Kurt</b>	<b>Std error Kurt</b>
<b>Tempo que decorreu desde a última formação específica na área de feridas/ UP</b>	3,259	0,266	14,535	0,526



## **APÊNDICE 9**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines*  
institucionais específicas”





Resultados do Teste de Normalidade para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas”

Dimensões	Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem <i>guidelines</i> institucionais específicas	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Importância	Sim	0,950	78	0,004
	Não/Não Sei	0,902	29	0,011
Responsabilidade	Sim	0,935	78	0,001
	Não/Não Sei	0,917	29	0,025
Confiança	Sim	0,877	78	0,000
	Não/Não Sei	0,843	29	0,001
Competências	Sim	0,899	78	0,000
	Não/Não Sei	0,893	29	0,007
APu-PT	Sim	0,959	78	0,014
	Não/Não Sei	0,964	29	0,400

Normalidade de distribuição da APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas”

Dimensões	“Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem <i>guidelines</i> institucionais específicas”	Skew	Std error Skew	Kurt	Std error Kurt
Importância	Não/Não Sei	0,881	0,434	0,297	0,845
Responsabilidade	Não/Não Sei	0,989	0,434	1,199	0,845
Confiança na eficácia	Não/Não Sei	1,199	0,434	1,759	0,845
Competências Pessoais	Não/Não Sei	-0,355	0,434	-1,175	0,845

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se existem *guidelines* institucionais específicas”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,210	0,648
Responsabilidade	0,542	0,463
Confiança na eficácia	0,657	0,419
Competências Pessoais	1,380	0,243
APu-PT	0,172	0,679

## **APÊNDICE 10**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados  
na instituição são efetuados corretamente”



Resultados do Teste de Normalidade para a APu-Pt em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados na instituição são efetuados corretamente”

Dimensões	Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados na instituição são efetuados corretamente	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Importância	Sim	0,957	80	0,009
	Não/Não Sei	0,912	27	0,025
Responsabilidade	Sim	0,945	80	0,002
	Não/Não Sei	0,903	27	0,016
Confiança	Sim	0,885	80	0,000
	Não/Não Sei	0,843	27	0,001
Competências	Sim	0,887	80	0,000
	Não/Não Sei	0,931	27	0,074
APu-PT	Sim	0,968	80	0,041
	Não/Não Sei	0,953	27	0,252

Normalidade de distribuição da APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados na instituição são efetuados corretamente”

Dimensões	Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registros efetuados na instituição são efetuados corretamente	Skew	Std error Skew	Kurt	Std error Kurt
Importância	Não/Não Sei	0,856	0,448	0,509	0,872
Responsabilidade	Não/Não Sei	0,797	0,448	0,513	0,872
Confiança na eficácia	Não/Não Sei	0,986	0,448	0,568	0,872

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre se os registos efetuados na instituição são efetuados corretamente”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	1,406	0,238
Responsabilidade	1,980	0,162
Confiança na eficácia	1,185	0,279
Competências Pessoais	4,064	0,046
APu-PT	0,139	0,710

## **APÊNDICE 11**

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de  
supervisão/auditoria das medidas preventivas”





# Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	1,767	0,187
Responsabilidade	2,220	0,139
Confiança na eficácia	0,009	0,923
Competências Pessoais	0,015	0,904
APu-PT	0,118	0,732



## **APÊNDICE 12**

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre a “pressão” efetuada  
pelos colegas para que a prevenção seja eficaz”



# Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,052	0,819
Responsabilidade	0,645	0,424
Confiança na eficácia	0,037	0,847
Competências Pessoais	0,087	0,769
APu-PT	1,269	0,263



## **APÊNDICE 13**

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre o suporte institucional”





Teste de Levene

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,191	0,663
Responsabilidade	3,585	0,061
Confiança na eficácia	0,064	0,801
Competências Pessoais	10,912	0,001
APu-PT	0,296	0,587



## **APÊNDICE 14**

Pressupostos dos testes paramétricos para a APu-PT em função da  
“Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de  
equipamento adequado”



Resultados do Teste de Normalidade para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado”

Dimensões	Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado	Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
Importância	Sim	0,948	91	0,001
	Não/Não Sei	0,920	16	0,169
Responsabilidade	Sim	0,944	91	0,001
	Não/Não Sei	0,899	16	0,078
Confiança	Sim	0,878	91	0,000
	Não/Não Sei	0,908	16	0,109
Competências	Sim	0,901	91	0,000
	Não/Não Sei	0,887	16	0,050
APu-PT	Sim	0,965	91	0,015
	Não/Não Sei	0,940	16	0,350

Resultados do Teste de Levene para a APu-PT em função da “Percepção que os enfermeiros têm sobre a existência de equipamento adequado”

Dimensões	Homogeneidade de variâncias (Teste de Levene)	
	F	Sig
Importância	0,082	0,775
Responsabilidade	1,941	0,166
Confiança na eficácia	0,000	0,986
Competências Pessoais	2,024	0,158
APu-PT	0,001	0,978



## **APÊNDICE 15**

Questionário e escala utilizados para a avaliação dos  
determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados  
intensivos polivalentes para a prevenção de UP

## QUESTIONÁRIO

Caro(a) enfermeiro(a)

O questionário que peço que responda destina-se a um estudo para conhecer os determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção das úlceras de pressão (UP). É um estudo no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Este questionário é composto por perguntas abertas e fechadas, onde deverá escrever e assinalar a resposta que mais se adequa a si, não havendo respostas certas nem erradas, **o fundamental é que expressem a sua situação**. Peço-lhe que leia cada uma das questões e certifique-se que respondeu a todas.

Não coloque o seu nome em nenhuma parte deste questionário, que é anónimo. As suas respostas serão exclusivamente utilizadas para efeito do presente estudo, assegurando-se a confidencialidade das informações prestadas. Caso pretenda, pode ser informado dos resultados.

1. Qual o seu sexo?

☐ Feminino

☐ Masculino

2. Qual a sua idade? \_\_\_\_ Anos

3. Quais as suas habilitações académicas? **(Por favor indique o grau mais elevado, caso possua mais que uma das seguintes hipóteses)**

☐ Bacharelato

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Doutoramento

4. Quais as suas habilitações profissionais em Enfermagem? **(Por favor indique o grau mais elevado, caso possua mais que uma das seguintes hipóteses)**

☐ Curso de Licenciatura ou equivalente legal

☐ Pós-Graduação

☐ Curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem.

4.1. Caso tenha assinalado “Pós-Graduação”, especifique a área

---



4.2. Caso tenha assinalado “Curso de pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem”, especifique a área

\_\_\_\_\_

5. Teve formação específica na área de cuidados intensivos após a conclusão dos seus estudos base?

☐ Sim ☐ Não

6. Trabalhou, previamente, em serviços que não os cuidados intensivos?

☐ Sim ☐ Não

7. Se respondeu “Sim” na questão anterior, por favor indique qual o/os serviço(s):

\_\_\_\_\_

8. Quantos anos de experiência profissional tem? **(Por favor, coloque apenas um número)**

\_\_\_\_\_

9. Há quantos anos trabalha no presente serviço? **(Por favor, coloque apenas um número)**

\_\_\_\_\_

### Práticas relativas às Úlceras de Pressão

	Sim	Não	Não Sei
10. O seu hospital ou serviço tem <i>guidelines</i> específicas sobre a prevenção de úlceras de pressão?			
11. Os registos efetuados pela equipa de enfermagem do seu serviço sobre medidas preventivas perante as úlceras de pressão são corretamente efetuados?			
12. No seu serviço, existe uma supervisão/auditoria sobre as medidas preventivas que efetua?			

13. Sente “pressão” dos enfermeiros que trabalham consigo para que a prevenção de úlceras de pressão seja eficaz?			
14. Existe suporte institucional para que haja uma prevenção eficaz de úlceras de pressão?			
15. No seu serviço, existe equipamento adequado para a prevenção eficaz de úlceras de pressão?			

### Conceitos gerais sobre úlceras de pressão

As perguntas que se seguem dizem respeito a conceitos gerais sobre úlceras de pressão. Assinale, numa escala entre “Concordo Completamente” a “Discordo Completamente” a sua opção.

	Concordo Completamente	Concordo	Discordo	Discordo Completamente
16. As úlceras de pressão são, atualmente, classificadas em quatro graus.				
17. Todas as úlceras de pressão são localizadas sobre uma proeminência óssea.				
18. Os doentes sedados têm, normalmente, um score baixo na subescala “Perceção Sensorial” da Escala de Braden.				
19. A pele de doentes que tenham dispositivos médicos sobre a mesma deve ser alvo de uma vigilância apertada.				
20. Uma escala de avaliação do risco poderá não prever com precisão o risco de desenvolver uma úlcera de pressão e deverá ser combinada com uma avaliação clínica.				
21. A humidade devida à urina, fezes ou drenagem de feridas provoca úlceras de pressão.				
22. Num doente com risco de desenvolver uma úlcera de pressão, um colchão de espuma viscoelástica necessita de ser combinado com o reposicionamento a cada 2 horas.				
23. O reposicionamento é um método preventivo preciso porque a duração da pressão e da força de torção são reduzidas.				
24. A otimização da nutrição pode melhorar o estado físico geral dos doentes, o que pode contribuir para uma redução do risco de úlceras de pressão.				
25. A força de torção ocorre quando o corpo desliza e a pele adere à superfície onde o doente está deitado.				

## **Instrumento de Avaliação de Atitudes perante Úlceras de Pressão**

(Beeckman [*et al*], 2010)

(Versão traduzida e adaptada por Margarida Batista, 2012)

Nesta escala, deverá responder a cada afirmação, classificando a sua opinião entre o “Concordo Bastante” e o “Discordo Bastante”.

<b>A minha opinião é que:</b>	<b>Concordo Bastante</b>	<b>Concordo</b>	<b>Discordo</b>	<b>Discordo Bastante</b>
1. Os doentes podem morrer devido a uma úlcera de pressão.				
2. Cada úlcera de pressão é uma úlcera a mais.				
3.As úlceras de pressão raramente são inconvenientes para os doentes.				
4.O impacto das úlceras de pressão nos doentes não deve ser exagerado.				
5. Uma prevenção adequada das úlceras de pressão reduz os custos.				
6. A sociedade subestima o custo real das UP				
7. O impacto financeiro das úlceras de pressão na sociedade não deve ser sobrestimado.				
8. O custo da prevenção das úlceras de pressão não é proporcional à seriedade das úlceras de pressão. A prevenção é demasiado dispendiosa.				
9. A administração deve desempenhar um papel importante no desenvolvimento de protocolos de prevenção de úlceras de pressão.				
10. A prevenção de úlceras de pressão deve ser uma prioridade para os enfermeiros.				
11. Não tenho tempo disponível suficiente para prevenir de forma adequada as úlceras de pressão.				
12. A política da administração não tem impacto na prevenção de úlceras de pressão.				
13. Demasiados doentes desenvolvem úlceras de pressão no meu serviço.				
14. A prevenção de úlceras de pressão deveria ser uma prioridade.				
15. É dedicada demasiada atenção às úlceras de pressão.				

16. A prevenção das úlceras de pressão é alvo de demasiada atenção. Existem problemas mais importantes.				
17. Se os meus doentes desenvolverem uma úlcera de pressão, sinto que sou responsável pelo facto.				
18. A minha contribuição é importante para a prevenção de úlceras de pressão.				
19. O principal responsável pela prevenção de úlceras de pressão é o médico assistente.				
20. Os doentes na minha enfermaria nunca desenvolvem úlceras de pressão. Estas já existem quando são admitidos.				
21. Tenho boa formação em cuidados preventivos de úlceras de pressão. Eu sei o que faço.				
22. É importante aprender novas perspetivas sobre prevenção de úlceras de pressão.				
23. A informação adicional não melhora a prevenção de úlceras de pressão.				
24. É esperado demasiado de mim no que respeita à prevenção de úlceras de pressão.				
25. Sou capaz de prestar cuidados preventivos de UP adequados.				
26. Tenho competências suficientes para implementar medidas preventivas de úlceras de pressão.				
27. A prevenção de úlceras de pressão não é uma tarefa fácil; a este respeito, os outros prestadores de cuidados são mais capazes do que eu.				
28. Sou incapaz de prestar cuidados preventivos adequados de úlceras de pressão.				
29. Se existir uma boa prevenção, a maioria das úlceras de pressão podem ser evitadas.				
30. Muitas úlceras de pressão podem ser evitadas se se utilizar um protocolo de prevenção.				
31. No caso de doentes com elevada propensão para úlceras de pressão, o desenvolvimento de uma úlcera de pressão é geralmente inevitável.				
32. As úlceras de pressão quase nunca são evitáveis.				

## **Formação sobre feridas/úlceras de pressão**

As questões que se seguem são relativas à formação na área de feridas/úlceras de pressão

26. Teve formação específica na área de feridas/úlceras de pressão após a conclusão dos seus estudos base?

☐ Sim ☐ Não

27. Se sim, indique em que âmbito realizou a mesma **(Por favor indique a mais recente, caso possua mais que uma das seguntes hipóteses)**

☐ Formação em serviço ☐ Pós-graduação  
☐ Curso de Formação Profissional ☐ Mestrado  
☐ Doutoramento ☐ Outro: \_\_\_\_\_

28. Se assinalou “Sim” na questão 1, queira indicar o número de horas total (aproximado) de formação **(Por favor, coloque apenas um número)**

\_\_\_\_\_

29. Em que ano realizou a última formação sobre feridas/úlceras de pressão?

\_\_\_\_\_

**Muito obrigada pela colaboração**

Diana Peça



## **APÊNDICE 16**

### **Consentimento Informado**

# DETERMINANTES DAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS DE CUIDADOS INTENSIVOS POLIVALENTES PERANTE A PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Caro(a) Colega,

Sou enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E. e aluna do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Encontro-me na fase de realização da dissertação final de curso, que se baseia no estudo dos determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão.

Neste sentido, solicito a sua colaboração para o preenchimento dos seguintes instrumentos de avaliação: um questionário sobre alguns aspetos sócio-profissionais e conceitos e uma escala de avaliação das atitudes perante a prevenção das úlceras de pressão.

As úlceras de pressão constituem uma das lesões iatrogénicas mais frequentemente reportadas nos países desenvolvidos. A prevenção das mesmas torna-se essencial. Para que as orientações padronizadas de prevenção de úlceras de pressão sejam cumpridas, é essencial a formação dos técnicos de saúde envolvidos no seu diagnóstico e tratamento. Os enfermeiros, como profissionais de saúde que passam mais tempo em contacto direto com o doente, são fundamentais para a avaliação e manutenção da integridade cutânea do mesmo. No entanto, apesar das *guidelines* que têm surgido, diferentes estudos a nível internacional têm demonstrado não só falhas na formação por parte dos enfermeiros, como uma discrepância entre a teoria e a prática. Uma das razões para a prevenção ineficaz das úlceras de pressão e para os números de prevalência elevados prende-se com as próprias atitudes dos profissionais.

O conhecimento dos determinantes que influenciam as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão é essencial para a melhoria da perceção do problema e contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados. Desta forma, poder-se-á conhecer quais as atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção das úlceras de pressão e quais os determinantes que influenciam as mesmas. Posteriormente, poder-se-á implementar



estratégias para melhoria das atitudes, de modo a que os cuidados sejam mais dirigidos e efetivos.

A sua participação é fundamental para que esta problemática seja estudada.

A confidencialidade e o anonimato das suas respostas serão mantidos, quer opte pelo preenchimento do questionário em formato papel, quer opte por fornecer o seu e-mail e preencher o questionário on-line, através do “Google Docs”. Neste último caso, é garantida a confidencialidade do seu e-mail, que não será utilizado para outros fins.

Caso pretenda abandonar o estudo, isso não trará quaisquer prejuízos pessoais ou profissionais.

Caso surja alguma dúvida no preenchimento do questionário, pode contactar-me através do telemóvel 918111249 ou através do e-mail [diana\\_peca@hotmail.com](mailto:diana_peca@hotmail.com). No final do estudo pode, se o desejar, ser informado/a dos resultados do estudo, através dos mesmos contactos.

O meu sincero agradecimento pela sua colaboração.

Enfª Diana Peça

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado (nome completo) \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da realização do estudo sobre *“Determinantes das atitudes dos enfermeiros de cuidados intensivos polivalentes perante a prevenção de úlceras de pressão”*, tendo efetuado as perguntas que considerei necessárias para o meu completo esclarecimento.

Caso pretenda abandonar o estudo, isso não terá quaisquer prejuízos.

Consinto participar no presente estudo e, caso opte por preencher o questionário on-line, consinto fornecer o meu e-mail para envio do formulário.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_